

ANÀLISI HISTÒRIC NACIONAL DE L'EVOLUCIÓ DE LA PROFESSIÓ DE LLEVADORA I L'ASSISTÈNCIA AL PART

ALTRES TIPUS DE TREBALL: MONOGRAFIA



Núria Solé Eroles

Treball Final de Grau

Tutora: Dra. Concepció Fuentes Pumarola

Grau en Infermeria

Curs acadèmic 2024 - 2025

"To know our history is to begin to see how to take up the struggle again"
Bárbara Ehrenreich, Deirdre English. (1981) (1)

AGRAÏMENTS

Voldria començar aquest treball final, final de carrera i final d'una època, agraint a totes les dones de la meua vida per ser les meues referents i els exemples als que busco seguir.

A la meua mare, per parir-me, pel seu gran suport i per la feina que fa cada dia, que no és poca. A les meues àvies, per ser i ja seguir sent per sempre models a seguir. A les meues amigues, a les de sempre i a les que han vingut pel camí, per recolzar-me i motivar-me sempre en tot el que faig. A la Joana, per haver estat allà des del primer moment i en tots els moments que el van seguir, per haver estat el meu màxim pilar i per seguir aprenent de tu, gràcies.

A la meua tutora, la Conxi, la qual ha cregut en mi i en el meu treball des del primer moment, per posar-m'ho tot tan fàcil i per la seva lluita per la construcció d'una perspectiva feminista entre les noves promocions d'infermeres i possibles llevadores, tan necessària ara i sempre.

Finalment, agrair al meu pare per haver-me recolzat des del primer dia fins l'últim amb el seu suport incondicional.

A totes elles, gràcies.

ÍNDEX

RESUM.....	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓ	3
2. JUSTIFICACIÓ	5
3. OBJECTIUS.....	6
4. METODOLOGIA.....	6
5. RESULTATS	7
5.1 ÈPOCA PREMODERNA: ORIGENS DE LES LLEVADORES (FINS SEGLE XVIII)	7
5.1.1 <i>Prehistòria</i>	7
5.1.2 <i>Era egípcia</i>	8
5.1.3 <i>Etape bíblica</i>	9
5.1.4 <i>Període greco-romà</i>	9
5.1.5 <i>Era bizantina</i>	11
5.1.6 <i>Edat mitjana o etapa fosca</i>	11
5.1.7 <i>Edat moderna</i>	14
5.2 APARICIÓ DE L'OBSTETRÍCIA CIENTÍFICA I EXCLUSIÓ DE LES LLEVADORES (SEGLE XVIII - SEGLE XIX) ..	17
5.3 DE CASA ALS HOSPITALS: INSTITUCIONALITZACIÓ I MEDICALITZACIÓ DEL PART (SEGLE XIX - XX) ...	23
5.4 PROFESSIONALITZACIÓ DE LES LLEVADORES (SEGLE XX)	29
5.5 HUMANITZACIÓ DEL PART I AUTONOMIA PROFESSIONAL (PRESENT I FUTUR).....	36
6. CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAFIA	46

RESUM

El present treball envolta el tema de la història de les llevadores a Espanya. El seu objectiu busca, a través d'un anàlisi històric, estudiar i reconstruir com ha evolucionat la professió de la llevadora a Espanya des d'una perspectiva de gènere, i com aquesta ha influenciat en l'atenció al part actual. Per fer-ho possible s'ha dut a terme una recerca bibliogràfica qualitativa durant els mesos de setembre-novembre mitjançant diferents bases de dades i fent ús de les biblioteques públiques; s'han consultat des de fonts iconogràfiques fins a fonts documentals, com ara lleis i cartilles mèdiques de l'època en qüestió.

Amb els resultats obtinguts es fa un fil conductor de com van ser els inicis d'aquesta professió mil·lenària on es mostra que, històricament, les llevadores han estat les cuidadores principals tant de l'embaràs com del part. Aquest era un esdeveniment comunitari i empíric, transmès oralment de generació en generació entre dones i gestionat per llevadores sense una formació reglada. Al segle XVIII amb l'aparició dels metges obstetres s'inicia una jerarquització en l'atenció del part i es van excloure progressivament a les llevadores de l'atenció d'aquests. Més endavant aquest es converteix en un acte institucionalitzat, passant de la llar a l'hospital, implantant-se protocols i tecnologies que redueixen la mortalitat però a la seva vegada van debilitant cada cop més l'autonomia femenina. La llevadora mil·lenària es converteix en una infermera especialista en obstetrícia i ginecologia, sota una supervisió mèdica estricta dins d'un model jeràrquic. Finalment ressegueixen moviments per un part centrat en la dona i el rol autònom de la llevadora, amb apostes per models d'atenció més respectuosos i menys intervencionistes.

El treball present confirma que la llevadora ha estat present en tota la història de la humanitat, i com aquesta ha estat indissociable dels contextos socials, culturals i patriarcals que l'han volgut fer invisible i subordinada, com a les dones en general. És necessària una revalorització del rol professional i autònom de la llevadora com a figura clau en l'atenció a l'embaràs i al part normal, en favor a un part més humà i en favor de la salut sexual i reproductiva de les dones en general.

Paraules clau: llevadora; història; part; autonomia professional; medicalització; Espanya.

ABSTRACT

The present work surrounds the theme of the history of the midwives in Spain. Its objective seeks, through a historical analysis, to study and reconstruct how the profession of the midwife in Spain has evolved from a gender perspective, and how this has influenced the attention to the current part. To make this possible, a qualitative bibliographic research was carried out during the months of September-November through different databases and using public libraries; from iconographic sources to documentary sources, such as laws and medical cartels of the time in question.

With the results obtained, a common thread is made of how the beginnings of this millennial profession were, where it is shown that, historically, midwives have been the main caregivers of both pregnancy and childbirth. This was a community and empirical event, transmitted orally from generation to generation between women and managed by midwives without a regulated training. In the 18th century, with the appearance of obstetricians, a hierarchization began in the care of childbirth and midwives are progressively excluded from their attention. Later this becomes an institutionalized act, moving from home to hospital, implementing protocols and technologies that reduce mortality but at the same time are increasingly weakening female autonomy. The millennial midwife becomes a nurse specializing in obstetrics and gynecology, under strict medical supervision within a hierarchical model. Finally, movements resurface on a part focused on women and the autonomous role of the midwife, with bets on more respectful and less interventionist care models.

The present work confirms that the midwife has been present throughout the history of humanity, and how this has been inseparable from the social, cultural and patriarchal contexts that have wanted to make it invisible and subordinate, as women in general. It is necessary to reassess the professional and autonomous role of the midwife as a key figure in the care of pregnancy and the normal birth, in favor of a more human birth and in favor of the sexual and reproductive health of women in general.

Keywords: midwife; history; parturition; autonomy, professional; medicalization; Spain.

1. INTRODUCCIÓ

Llevadora, madrina, comare, dona sàvia, "*obstetrix*" ... Hi ha referències de dones acompanyant a les dones embarassades i a les parteres abans que sorgís qualsevol nom que les definís, doncs tan antiga és la història de la professió de les llevadores com ho és la història de la civilització mateixa i de l'obstetrícia.

Obstetrícia pren el seu nom del mot llatí "*obstetrix*", que era com anomenaven a les llevadores a Roma. La majoria de diccionaris el deriven del verb "*obstare*", la qual significa "estar al costat" o "davant de", donant-li un significat lògic, que la llevadora acompanya a la dona en el procés de part (2,3).

L'assistència al part o l'art d'assistir al part és tan antic com el temps, ja que en totes les cultures i èpoques han existit persones que han ajudat a les dones en el part, mitigant el seu dolor, assistint el part i ocupant-se del recent nascut. Aquesta tasca sempre ha estat vinculada a les dones, i pel fet de ser dones aquesta ha estat una professió amb oscil·lació en el seu estatus social. En èpoques medievals aquestes majoritàriament van ocupar posicions humils i poc reconegudes, mentre que en l'Espanya moderna van constituir un grup ocupacional destacat i l'únic dins del camp sanitari en el qual les dones van tenir, durant un llarg temps, absoluta hegemonia, esdevenint aquestes unes de les primeres dones en poder accedir a la universitat a Espanya.

Les llevadores van prendre la feina d'acompanyar a les dones en l'embaràs, part i puerperi en una societat que menyspreava el seu cos i els metges consideraven una feina no digna de la seva professió. Malgrat això, la posició social de les llevadores ha anat de la mà de la posició de les dones de l'època, i aquestes al llarg de la història han estat relegades a la posició d'"assistents de part" i en moltes ocasions, vistes simplement com les ajudants del metge tocòleg.

El prestigi i estatus social d'una professió passa pel reconeixement de la seva història, reivindicant-la i commemorant-la. Observant la història i evolució de la professió de llevadora podem apreciar com aquesta ha anat experimentant profunds canvis, doncs al ser una de les professions més antigues també és de les que més canvis ha patit.

Durant segles aquestes han transmès el seu coneixement de generació en generació via oral i han guanyat la pràctica a base d'observar al costat d'una llevadora de més experiència, quedant elles i el seu cos de coneixement sempre apartades dels llibres i de la ciència oficial. Actualment s'ha avançat fins arribar a la infermeria obstetrico-ginecològica, formada amb una base de coneixement científic basat en l'evidència i la formació universitària.

L'objectiu d'aquest treball doncs, és conèixer a través d'un anàlisi històric com ha evolucionat la professió de la llevadora des d'una perspectiva de gènere, i com aquesta ha influenciat en l'atenció al part actual. Per a respondre a l'objectiu s'ha organitzat el treball amb cinc etapes o èpoques per fer un repàs integral a la història d'aquesta professió mil·lenària.

Comencem amb la "Època premoderna" amb l'origen de la professió. Aquí es fa un breu esbós de temps anteriors a qualsevol menció escrita de la llevadora a Espanya, mostrant com la seva evolució es va veure influenciada per onades culturals que es van iniciar a l'Orient proper i Egipte en la època preclàssica, i com lentament aquestes es van anar difonent pel nord i l'est fins englobar tot Europa. Acabem amb l'edat moderna amb els primers intents de regular la professió a Espanya.

En la següent etapa trobem l'“Aparició de l'obstetrícia científica i exclusió de les llevadores”. En aquesta trobem que a partir del segle XVIII els metges comencen a prendre interès en el cos femení i trobem els primers metges obstetres, iniciant així el desplaçament de la figura principal del part de la llevadora al metge, sobretot en entorns urbans. A la seva vegada s'introdueixen els primers cursos de formació reglada per llevadores, però controlats pels metges.

Seguidament trobem “De casa als hospitals: Institucionalització i medicalització del part”. Des del segle XIX i principis del segle XX es consolida la obstetrícia com a especialitat mèdica i comencem a veure una tendència a la medicalització dels processos fisiològics del part. Aquests comencen a ser progressivament traslladats de les cases als hospitals i les llevadores queden relegades a rols secundaris enfront als professionals mèdics.

Seguim amb la “Professionalització de les llevadores”, veiem com al segle XX la professió de llevadora experimenta varis canvis en poc temps, fem un recorregut des del començament del segle essent llevadores independents, passant per ajudants tècniques sanitàries fins esdevenir infermeres gineco-obstètriques. Aquesta època està marcada per la guerra civil i la dictadura franquista, on les llevadores segueixen un model jeràrquic on aquestes són subordinades als metges. En aquesta també apareixen els primers homes llevadors de la història d'Espanya.

Arribem a l'actualitat amb la “Humanització del part i autonomia professional”. En aquest es fa un petit resum de l'actualitat i possible futur de la professió de la llevadora, amb la represa de protagonisme d'aquestes en els parts normals i l'atenció en l'embaràs i puerperi. Es fa un esbós del panorama actual de tendència a avançar cap a un part més humanitzat, amb menys intervenció mèdica i major protagonisme de les dones amb els nous enfocaments feministes en l'atenció al part.

Finalment es redacten les conclusions obtingudes amb el present treball que posen en relleu la necessitat d'una revalorització del rol professional i autònom de la llevadora, per tal de consolidar un model de naixement més humà, més segur i més empoderador per a les dones.

2. JUSTIFICACIÓ

Saber d'on venim ens apropa a allà on anem. Amb aquest següent treball es pretén conèixer quina va ser l'evolució de la professió de les llevadores, com va progressar l'atenció al part i saber com hem arribat a l'actualitat. La història de les llevadores va de la mà de la història de les dones, com aquestes al llarg de la seva història han estat invisibilitzades, apartades, ignorades i maltractades en el seu propi àmbit per motius de gènere.

La història de la humanitat, tal com ens l'han ensenyada, és en realitat la història dels homes i de com aquests l'han escrita i inventada. Batalles, descobriments, acords, invencions... Tots ells realitzats per homes, signats per homes, aconseguits per homes. Les seves gestes, decisions i victòries són les que han definit la història d'una humanitat on les dones, amb les nostres contribucions i història, hem estat esborrades i, en molts casos, se'ns ha tret el lloc que ens corresponia. En aquest concepte de la història, les dones, i amb nosaltres, el que hem fet, no existeix. No existim.

Existeix constància de dones acompanyant i ajudant a altres dones en el moment de parir durant tota la història. Durant al llarg de la seva evolució professional, el paper de les llevadores i la seva visió social han estat estretament lligats amb el context, època i religió que els hi ha tocat viure. Aquells llocs on tenien un major respecte cap al gènere femení les va respectar i les va tenir de referents, mentre que en aquells llocs on es repudiava al "segon sexe" les va intentar humiliar i apartar de la seva professió.

El treball de les dones ha estat històricament menyspreat i en certs àmbits, com ho és l'atenció al part, invisibilitzat, ja que els principals transmissors dels coneixement científics van ser els metges homes, que no van dubtar en despreciar i menystenir la feina de les llevadores, a la vegada que s'apropriaven del seu cos de coneixement i el publicaven com a propi.

El prestigi i reconeixement d'una professió va de la mà del reconeixement de la seva història i del seu passat; des de quan existeix la professió, quina era la seva funció i quines tasques han dut a terme al llarg de seva història... Aquest treball té l'objectiu de fer conèixer la història real de les llevadores, com aquestes eren les professionals originals que s'encarregaven de l'atenció d'un part molt més natural del que coneixem avui en dia, i de com, progressivament, els metges es van anar interessant més per l'estudi del cos femení fins esdevenir ginecòlegs que van voler apartar a les llevadores de la seva professió, traslladant a les dones de casa seva cap a l'hospital, passant de ser un procés fisiològic a ser patologitzat.

Aquest treball s'alinea amb els objectius de desenvolupament sostenible marcats per l'Organització de les Nacions Unides (ONU) (4) ODS 3, Salut i benestar, i ODS 5, Igualtat de gènere, en tant que fomenta un anàlisi crític de l'evolució que ha seguit i patit l'atenció al part, i sobre com els processos de medicalització, jerarquització i exclusió de la dona han impactat l'atenció obstètrica al llarg dels anys, alhora que reivindica el paper fonamental de la llevadora en l'evolució del procés d'atenció de part i la construcció d'un futur model més humanitzat, respectuós i centrat en la dona.

Saber la seva història ens permet comprendre la difícil trajectòria que han hagut de seguir les llevadores, i essencialment les dones, pel sol fet de ser dones, i com han arribat a ser qui son a dia d'avui. Amb el següent treball es pretén recordar i commemorar una història que s'ha volgut invisibilitzar i que caigués en l'oblit.

Parece como si no existiéramos, o como si en nuestra existencia fuéramos lo último, lo más inútil de la Sanidad, mas aún, del mundo laboral. Como si nuestro trabajo no valiera nada, cuando tantas y tan ilustres personas han realizado en congresos y reuniones el valor y responsabilidad de la matrona no solo en el momento, sino en el futuro.

María García Martín (1964) (5)

3. OBJECTIUS

Objectiu principal: Conèixer, a través d'un anàlisi històric, com ha evolucionat la professió de la llevadora des d'una perspectiva de gènere, i com aquesta ha influenciat en l'atenció al part actual.

Objectius específics:

- Identificar les primeres traces de l'activitat de l'assistència al part
- Conèixer les pràctiques tradicionals del part i el rol de la llevadora en aquest
- Descriure els coneixements i competències de les llevadores a l'antiguitat
- Examinar com va ser el procés de formació i instrucció de les llevadores antigues i modernes
- Comprendre la influència del gènere en la formació de les llevadores
- Abordar com va ser el procés de professionalització d'aquestes, des de la comare antiga fins a la infermera especialista en obstetrícia i ginecologia (llevadora moderna)
- Descriure com la societat i la mentalitat pròpia d'aquesta al llarg de la història ha influenciat el com les llevadores han estat percebudes, tractades i valorades
- Descriure el paper i funcions de la llevadora actual
- Definir com és actualment el procés de l'assistència al part

4. METODOLOGIA

Per estudiar l'evolució històrica de la professió de llevadora i l'atenció al part s'ha realitzat una cerca bibliogràfica d'articles durant els mesos de setembrenovembre a les bases de dades Scielo, Dialnet, Cuiden, MEDLINE/PubMed i CINAHL a través dels descriptors: matrona, comadrona, partera, Historia, Prehistoria, Edad Media, Edad Moderna, Midwife, History.

S'ha realitzat una selecció d'articles que complien amb l'objectiu éssent seleccionats per participar en la revisió 59 articles. No es limita per data la selecció dels articles.

També es realitza una cerca bibliogràfica en la biblioteca de la Facultat d'Infermeria de la Universitat, la Biblioteca Carles Rahola de Girona, la Biblioteca Antoni Comas i la Pompeu Fabra de Mataró, seleccionant un total de set llibres amb tema principal sobre la història de les llevadores a Espanya i al món.

5. RESULTATS

5.1 ÈPOCA PREMODERNA: ORIGENS DE LES LLEVADORES (FINS SEGLE XVIII)

5.1.1 Prehistòria

Els nadons humans som les criatures del regne animal més feble. La prolongació del temps de creixement que es va produir en el gènere *Homo* fa uns dos milions i mig d'anys va significar la prolongació del període fetal a vint-i-un mesos, encara que solament nou intrauterins, convertint-nos així en éssers completament dependents abans de poder sobreviure sense ajuda (6).

Es creu que van ser aquests fets el que va fer que s'instituís entre els grups humans una divisió de treball de tipus adaptatiu, amb la finalitat de millorar la supervivència i la reproducció de l'espècie, atribuint a les dones no només la funció de parir i alletar les criatures, sinó que, per extensió, les va fer responsables de la criança i l'educació dels mateixos, mentre que als homes els va assignar la responsabilitat de la defensa del grup i la provisió d'aliments durant el temps en què les dones estaven dedicades a la cura de les cries, del foc i del manteniment dels aliments (6,7).

Els primers humans van experimentar temperatures extremadament fredes o caloroses, inundacions i sequeres, i van aconseguir adaptar-se, sobreviure i reproduir-se (8). Per aquestes difícils condicions, i els milers d'anys durant el qual no van ser capaços de relacionar el coït amb l'embaràs posterior, cal suposar que la dona, en col·laboració amb altres dones, solucionava de la millor manera possible el seu propi part (7).

Les unes a les altres s'anirien ajudant, posant en marxa la seva imaginació i també la seva memòria, relacionant fets que es produïen de manera repetida a gairebé tots els parts i utilitzant els coneixements sobre plantes que havien adquirit mitjançant l'observació de la natura, per contribuir segons la divisió de tasques assumida per ambdós sexes, a l'evolució cultural, ja que si bé era important la provisió d'aliments i la defensa en contra dels animals per al manteniment de l'espècie, la reproducció i la cura dels éssers humans era una tasca fonamental (7).

Les cures durant el part són el primer enllaç empíric en el desenvolupament dels coneixements de les llevadores, unes dones que pel fet que coneixien millor el seu propi cos i a condicionaments de tipus moral i religiós es van dedicar a resoldre de la millor manera que sabien el fet de parir (7). En aquestes societats encara no s'utilitzava l'escriptura, el coneixement empíric, fos quin fos, era transmès de forma oral i la destresa pràctica s'adquiria mitjançant l'observació i l'experiència (8).

Amb circumstàncies ambientals tan adverses, només les dones capaces de tenir parts naturals podien donar a llum i sobreviure. Sembla molt probable que les dones donessin a llum a la gatzoneta o amb els glutis o genolls recolzats a pedres de gran tamany. Es separarien de la criatura tallant el cordó umbilical amb una pedra afilada o amb les dents (8), i es creu que es confeccionava una mena de cabestrell amb pells d'animal per tal de portar a la criatura mentre recollís herbes o fruits (7).

A mesura que les civilitzacions antigues van anar evolucionant a través dels segles es van fer més estructurades, els pobles van començar a desenvolupar professions i destreses com el pastoreig, la fusteria, el teixits, la construcció amb diversos materials... És concebible que les "dones

experimentades” es fessin càrrec professionalment d’altres dones tant en dolències i malalties com a la hora del part (8).

En aquelles èpoques on encara no s’havia desenvolupat el coneixement empíric només les dones capaces de tenir parts naturals sobreviuen. No és sorprenent, doncs, que l’Homo sapiens tan dependent de la naturalesa, fes evolucionar les seves deïdades a partir de les formes naturals i forces elementals. Gradualment la seva imaginació els va inspirar per crear centenars de déus i deesses als quals adorar, cada un d’ells d’una esfera d’influència particular, com pot ser la caça, la fertilitat i la protecció, els quals constituïen els elements essencials per la supervivència (8).

5.1.2 Era egípcia

Hi ha rastres que a Egipte existia una civilització des de l’any 2700 aC. La civilització egípcia es va desenvolupar fins convertir-se en una cultura avançada estructurada política i socialment. A partir de l’escriptura ideogràfica introduïda pels egípcis cap a l’any 2000 aC s’ha observat que la paraula egípcia “msi” que significa donar a llum, anava seguida pel jeroglífic d’una dona a la gatzoneta parint i, en un text posterior, la figura es mostra ajupida sobre dos maons o pedres (7).

La medicina en l’Antic Egipte es va convertir en una habilitat i en una professió basada en fets que es recollien en papirs (8). Cap al 1500 aC apareixen en egípcis i jueus les primeres pràctiques assenyades especialment higièniques, amb exploracions genitals i intervencions obstètriques com a versions internes, embriotomies i cesàries *post mortem* (9).

Entre alguns dels papirs de l’antic Egipte trobem el Papir de Westcar, datat del 1700 aC el qual inclou instruccions per calcular la data prevista de part i descriu l’ús d’instruments com cadires de parts o fòrceps (8,10). Més tard, datat d’abans del 1550 aC, trobem el Papir d’Ebers, el qual és un primitiu tractat ginecològic on es desenvolupen els conceptes sobre predicció de l’embaràs, mecanismes per accelerar el part, pronòstic del recent nascut segons el seu plor i la determinació de l’assistència al part per llevadores experimentades (10).

L’observació dels sotarrelleus de les càmeres dels naixements reials de Luxor permeten visualitzar esdeveniments relacionats amb el part, del que es dedueix que la professió de llevadora era una ocupació femenina amb un important reconeixement social, ja que aquestes atenien tant els naixements *normals* com els de les dones de la reialesa (7). Un d’aquests representa a una reina de part en una cadira de parts amb quatre llevadores atenent-la i una altra mostra a una reina atesa per cinc dones, ajupida per donar a llum (8).

Malgrat la ciència i la tecnologia d’aquesta societat progressista, la religió i la superstició seguien tinguent una força important i s’invocaven múltiples deesses per obtenir ajuda per la vida diària, la qual incloïa el part. És interessant verificar com en aquestes representacions de les cases de naixements que adornen les parets dels temples d’Egipte mai s’inclouen déus metges masculins, que els egípcis tenien en abundància, però sí apareixen nombroses figures de la deessa Isis, que era reconeguda com a la deessa del naixement (8).

Les primeres civilitzacions de l’Orient Mitjà, Índia, Egipte i Pèrsia aviat es van adonar de les immenses forces naturals que governaven el seu univers i controlaven la seva vida, i en conseqüència van crear centenars de déus i deesses als quals invocar i adorar: Tueris, deessa egípcia de la fertilitat i del part segur, Hathor, deessa de l’amor i del naixement, Heket, deessa que es considerava una de les llevadores que ajudava tots els matins en el naixement del Sol... (5,8).

5.1.3 Etapa bíblica

Les primeres referències escrites que es coneixen respecte a la figura de la llevadora apareix en els llibres de la Bíblia (Èxode i Gènesis) aproximadament l'any 1800 aC. Una de les primeres referències es troba en el part de Raquel i naixement de Benjamín (5,8,10,11):

«I va esdevenir, com hi havia feina en el seu part, que li va dir la llevadora: No tinguis por, que també tindràs aquest fill. I va esdevenir que en sortir-li-li l'ànima (doncs va morir), va cridar el seu nom Benoni (que significa “fill de la meua tristesa”); mes el seu pare el va cridar Benjamí (que significa “fill de la meua mà dreta”))» (Gènesi, XXXV; 17-19).

Les llevadores, reconegudes com a destres i valuoses professionals, apareixen en altres dues històries bíbliques. Una d'aquestes tracta el part poc usual dels bessons de Tamar, aproximadament cap al 1700 aC, i l'altre sobre les llevadores hebrees, Sifrà i Puà, cap a l'any 1600 aC.

«Quan va arribar el moment del part, tenia bessons en la matriu. En donar-los a llum, un va treure una mà; la llevadora li va lligar un fil escarlata, dient: Aquest va sortir primer. Però ell va retirar la mà i no va sortir, i el seu germà el va avançar en el naixement; i ella va dir a dir: Quina bretxa que t'has obert!, i li va dir Peres, que significa “avançat”. Després va sortir el seu germà, el que tenia a la mà el fil escarlata, i li va anomenar Zéraj, que significa “elevar-se, brillar o avançar-se”» (Gènesi, XXXVIII; 27-30).

«A més, el rei d'Egipte va parlar a les llevadores de les hebrees, una de les quals es deia Sifrà i l'altra Puà, i els va dir: Quan assistiu a les dones hebrees que donen a llum, fixeu-vos bé en les dues pedres; si és fill, mateu-lo; si és filla, que visqui. Però les llevadores temien Déu i no feien segons els havia ordenat el rei d'Egipte, sinó que també deixaven amb vida els nens. El rei d'Egipte va fer cridar les llevadores i els va dir: Per què heu fet això de deixar amb vida els nens? Respongueren les llevadores al Faraó: No s'assemblen les hebrees a les dones egípcies. Estan plenes de vida i donen a llum abans que hi arribi la llevadora. I Déu va fer bé a les llevadores» (Èxode, I; 15-22).

D'aquests passatges es desprèn que la llevadora estava present i activa durant el part, eren capaces d'enfrontar-se a presentacions complicades i la supervivència dels dos bessons podria indicar la competència de la llevadora (8).

5.1.4 Període greco-romà

Grècia es va convertir en el centre de la primera gran civilització europea i la influència d'aquesta avançada cultura, amb els seus filòsofs, científics, advocats, metges i arquitectes encara romàn a Europa i el món occidental (8).

Els principis bàsics de la medicina i de l'atenció al part dels grecs deriva del cos de coneixement egipci. Se sap que tant metges com llevadores eren hàbils professionals, però les seves aportacions a la ciència pel que fa als naixements van ser escassos. Cap a l'any 500 aC, les llevadores gregues, coetànies d'Hipòcrates i de Sòcrates (la mare del qual va ser llevadora), gaudien d'un enorme prestigi social (7).

Hipòcrates, considerat pare de la medicina, va aportar coneixements d'Obstetrícia i Ginecologia, encara que moltes d'aquestes hipòtesis que va enunciar mancaven de base científica (3). Creia que si el fetus era nen, l'ull dret de la mare havia de ser més brillant i la mama dreta més gran, éssent el contrari si era nena. També pensava que el fetus lluitava per sortir de l'úter, trencant les membranes en l'intent, i en conseqüència, afirmava que el part difícil es donava per l'incapacitat del nen a obrir-se pas (8).

Malgrat els ensenyaments obstètrics continguts en els seus escrits eren molt inferiors als referits a altres aspectes de la patologia, Hipòcrates va iniciar la transició entre el metge-sacerdot i l'home científic de la medicina i va suprimir d'aquesta última els ritus religiosos (8). Amb el naixement de la medicina hipocràtica com a coneixement tècnic, cada element màgic o sobrenatural per explicar la salut i la malaltia va ser substituït per teories limitades al regne de l'home i la natura. Les observacions de fets, les explicacions racionals, les seves relacions i les seves explicacions poden predir un seguit d'esdeveniments. Aquest va ser l'origen de la primera medicina científica (3).

En la seva època, les llevadores disfrutaven de reconeixement social i rebien honors. Segons les lleis ateneses, per exercir de llevadora era necessari ser mare i a la seva vegada haver superat l'edat reproductiva. Les llevadores del temps es dividien en dos graus, les d'habilitats i experiència superior, que eren consultades en casos de parts anòmals i difícils, ocasionalment acompanyades d'un metge, i les que ajudaven únicament en els parts normals (8).

Cap a l'any 500 aC la civilització grega va arribar al seu pic i durant el seu decliu es van establir les bases de la civilització romana. A conseqüència de l'enorme trànsit de materials i persones es va fer un enorme intercanvi d'idees i de béns, creant-se així l'estil de vida grecoromà. A l'igual que els coneixements es van transmetre dels egípcis als grecs, aquests van ser transmesos dels grecs als romans, i amb aquests, les pràctiques de l'assistència al part (8).

El Senat de Roma dictaminava qui havien de ser les llevadores, dones aprovades en el seu art, que havien d'examinar o assistir les esposes d'emperadors i cèsars romans. El fet de que aquestes haguessin de fer "aprovades al seu ofici" fa pensar que ja en aquells temps alguna formació específica tenien, al marge de la solidaritat de gènere i les lleis costumistes que associaven l'art d'assistir els parts al món exclusiu de les dones (3).

El primer metge notable del període romà va ser Sorano de Éfeso, el qual va viure a començaments del segle II i és considerat un dels pares de la ginecologia pels seus tractats sobre les malalties de la dona i la obra ginecològica més important de la Antiguitat, *Gynaikeia* (12), considerat el primer llibre de text escrit per la formació de llevadores (3).

En aquest afirmava que saber llegir i escriure era un requisit previ important per a ser llevadora, considerava que aquesta havia de tenir un entrenament no només pràctic sinó teòric i havia de tenir un ampli coneixement de totes les formes de tractament, ja fos dietètic, quirúrgic o medicamentós (5,12). D'això se'n dedueix que la restricció que va patir el camp d'actuació de les llevadores a l'àmbit exclusiu del part normal va ser posterior (5).

Un altre capítol també s'ocupava de la descripció de l'anatomia femenina, les seves funcions, aspectes fisiològics de la menstruació i de l'embaràs i incloïa un tractat sobre el part i com havia de ser atesa la mare i el recent nascut durant aquest mateix (8,12). Les seves descripcions anatòmiques eren suficientment exactes per indicar el coneixement guanyat a partir de les disseccions *post mortem* (8).

Aquest tractat va ser considerat el cànon de la obstetrícia durant més de mil anys i va ser la font de la que altres autors van beure per fer els seus escrits durant el següent mil·lenni. Se sap que va ser traduït al llatí, l'alemany i el francès (7,8). Després d'aquest text no es té constància de cap altre text fins al segle XVI, quan es va estendre per Europa un corrent que pretenia exposar i divulgar els coneixements obstètrics i ginecològics, amb manuals sobre coneixements maternoinfantils (12).

5.1.5 Era bizantina

Entre els segles IV i VI els bàrbars van arrassar Itàlia i van destruir a les classes dominants romanes; però un altre imperi, el bizantí, va prendre el relleu, acabant així l'imperi romà. Aquest va emergir a finals de segle IV i havia de durar fins el segle XV, durant la època en la que Europa occidental es trobava en l'edat mitjana, l'anomenada "etapa fosca" (7,8). L'imperi bizantí va heredar i preservar les tradicions romanes respecte a les lleis i el govern de l'estat, la llengua, la literatura i les cultures gregues, així com la Cristianitat (8).

En una societat tan avançada i altament organitzada, influenciada per la cultura i medicina romana i grega, així com per la religió cristiana, pot assumir-se que les llevadores tinguessin els mateixos estatus i posició que les de Grècia i Roma. Constantinopla, la capital, finalment va ser assetjada pels musulmans i finalment va caure sota domini de l'islam l'any 1453 (8,13).

5.1.6 Edat mitjana o etapa fosca

Quan es van extingir les civilitzacions i cultures grecorromanes, va desaparèixer tota l'estabilitat i unió que hi havia a Europa. La següent força unificadora que va sorgir va ser la del cristianisme, que va arribar a comprendre tot el continent (8). Durant més de 800 anys, des del segle V al XIII, la postura ultraterrenal i antimèdica de l'Església va obstaculitzar el desenvolupament de la medicina (1). Això va dur a un fenomen de retrocés cultural on les pràctiques d'assistència al part van tornar a l'ús de pòcimes i talismans (3).

El cos humà era considerat sagrat, per tant la seva dissecció estava prohibida i la religió i la superstició van prendre el lloc del pensament racional, pel qual es van poder fer pocs o nuls avenços en medicina. La malaltia es considerava un càstig per les ofenses causades contra Déu, i el patiment i l'aflicció eren vistos com una prova de fe i de força espiritual, per tant l'Església cristiana s'oposava totalment a la pràctica mèdica (8). Si més no, s'aplicava una doble moral, doncs l'Església no s'oposava a que les classes altes rebessin atenció mèdica (1).

El cos femení es creia dominat per l'úter i els ovaris i que el seu caràcter era reflexe de la inestabilitat uterina (1,14). Els metges de la època diagnosticaven "anomalies" uterines i dels ovaris com a causa de casi totes les molèsties que afligien a les dones, des del mal de cap fins la inflamació de la gola o la indigestió (1) i per a prevenir o curar els mals que aquest causava, el remei aconsellat era el matrimoni seguit de l'embaràs (14).

Des de la doctrina de l'Església se li atribuïen a la dona les característiques de "contaminant" i "impura" per la naturalesa de les seves funcions biològiques, els fluids de les dones eren considerats contaminants i el part feia impura tant a la dona com a aquells que l'ajudessin (1). També considerava que el dolor de part era un càstig pel pecat original d'Eva (8). En una societat que menyspreava i repudiava el seu cos, les dones eren qui donaven suport al naixement (14).

Dins del context d'una societat estamental, homocèntrica i patriarcal, on l'home tenia més poder que la dona i on la religió era molt important, va ser una època difícil per la llevadora espanyola per diferents situacions: des de la no existència de textos en llenguatge vulgar per a la seva formació, passant pel seu propi analfabetisme en molts casos, havent de sotmetre's a exàmens per exercir a finals de l'època, els quals requerien un pagament essent moltes d'elles pobres, fins ser acusades d'intrusisme pels cirurgians-barbers o de bruixeria per l'Església (15).

Les llevadores espanyoles medievals anaven de la mà de la època que els hi va tocar viure. A l'existir dos tipus de dones medievals, burgeses o pobres, també les llevadores es dividien en dos. Existia un grup que donaven assistència a dones nobles, com era el cas de la llevadora Maria

de Oto, la qual va assistir a María de Castilla l'any 1427, dona d'Alfons V, o "la Herradera", que va assistir a Isabel la Catòlica en el part de Ferran II d'Aragó al 1452 (11,13,15). Aquestes solien tenir alts nivells de coneixement i experiència, per això eren requerides per les dones nobles, mentre que l'altre grup de llevadores, dones humils amb poca formació teòrica més que la transmissió oral del saber i l'experiència de l'aprenentatge tutoritzat per llevadores més expertes, atenien a les pageses amb menys recursos (10,13,15).

Durant més de quatre segles (des del segle XIV al XVII) es va començar un període conegut com a la "caça de bruixes". Aquesta va ser una campanya de terror desencadenada per la classe dominant i dirigida contra la població pagesa del sexe femení, en especial aquelles que "posseïen poders màgics sobre la salut, que podien provocar el mal, però també tenien la capacitat de curar". Sovint a aquestes se les acusava de posseir coneixements mèdics i ginecològics (1).

Les dones sabies (actual nom per les llevadores franceses, *sage-femmes*) o bruixes, posseïen multitud de remeis experimentats durant anys d'ús, molts d'ells encara utilitzats en la farmacologia moderna. Aquestes eren persones empíriques: confiaven més en els seus sentits que en la fe o la doctrina, creïen en la experimentació, en la relació entre causa i efecte. En resum, la seva "màgia" era la ciència de la seva època (1).

«Tal era la situació de la "ciència mèdica" en l'època en què es perseguia les bruixes-guaridores per practicar la "màgia". Les bruixes van arribar a tenir amplis coneixements sobre els ossos i els músculs del cos, sobre herbes i drogues, mentre els metges continuaven basant els seus diagnòstics en l'astrologia i els alquimistes continuaven intentant transformar el plom en or» (Brujas, comadronas y enfermeras, 19) (1).

Alguns homes van ser acusats de bruixots però el vuitanta per cent van ser dones. La majoria eren grans, vídues, ignorants, que practicaven l'ofici de llevadora o guaridora, però que vivien en una societat que necessitava poder explicar, amb més o menys eficàcia, qui o què motivava les seves desgràcies. La seva intervenció amenaçava l'ordre establert, de manera que esdevingueren fetilleres, bruixes que havien adquirit poders sobrenaturals per un pacte amb el diable. En total, entre els segles XV i XVII a Espanya es van executar unes cent-cents dones, de les quals quatre-cents van ser a Catalunya (16).

Pel que fa a la seva tasca, les llevadores medievals espanyoles tenien quatre funcions ben definides: l'assistencial, la jurídic-legal, la religiosa i la docent (3,15). La primera funció, la més important i practicada, era l'assistencial, la qual incloïa l'assistència a l'embaràs, part, puerperi i al recent nascut, l'assistència a les dones amb malalties pròpies del part (hemorràgies uterines, prol·lapses...), consells anticonceptius i abortius (els quals suposaren un motiu d'enfrontament amb la doctrina catòlica), i la realització de cesàries per l'extracció del fetus (que en el segle XVI realitzarien els cirurgians llevadors) (15).

El rol d'aquestes en el part era expectant. Eren parts en les cases de les parteres o de les pròpies llevadores, on usualment es feia ús de les cadires de parts. Les llevadores intervenien únicament de ser estrictament necessaris amb ungüents, pomades o tractaments orals que elles mateixes preparaven amb plantes medicinals (reforçant la idea de pràctiques de bruixeria de l'Església) (8,14,15). Si el part es complicava, s'avisava al cirurgià barber on aquests havien d'extreure el fetus viu mitjançant una cesària *post mortem* o mort mitjançant una embriotomia. En cas de mort materna i si no estava disponible el cirurgià barber, l'Església obligava a la llevadora a realitzar ella mateixa la cesària per procurar la supervivència del nen (8,14,15). La seva tasca seguia després del part i s'ocupava de la cura tant de la mare com del nadó (17).

La segona funció era la jurídic-legal, aquestes podien actuar com a pèrit davant la llei amb caràcter testifical, per assumptes en plets sobre herències i drets de primogenitura, nul·litats

matrimonials, violacions, infidelitats en matrimonis... Del dictàmen d'aquestes dones depenia molts cops l'execució de sentències (15).

Una de les funcions més importants, i la tercera en la nostra llista, era la religiosa, la qual consistia en saber impartir el baptisme d'urgència quan es sospitava que la vida del nadó o del fetus corria perill durant el part o postpart immediat per tal de salvar la seva "vida immortal" (5). El ritual consistia en vessar aigua sobre el cap del nadó abans del seu naixement dient "Jo et batejo en el nom del Pare, i del Fill, i de l'Esperit Sant." Si el cap del nadó no estava present s'utilitzava una xeringa de baptisme intrauterí, per millorar les possibilitats que l'aigua entrés en contacte amb el nadó (11,15).

La quarta funció, la docent, feia referència a que en l'Espanya medieval els oficis sanitaris es practicaven sense títol i sense instrucció, en la seva majoria, fins que es van crear les universitats. Les llevadores coneixien la teoria per transmissió oral de generació en generació i la pràctica l'adquirien gradualment (5,15).

A partir del segle XIII es produeix un renaixement de la ciència, impulsat pel contacte amb el món àrab. En les universitats es van crear les primeres escoles de medicina i un nombre creixent de joves de condició acomodada va començar a seguir estudis mèdics, no sense el control rigorós de l'Església i sota uns límits fixats per la doctrina catòlica. En aquestes la dona va quedar exclosa, i així les del gènere que per costum i tradició havien estat les practicants informals de la medicina, van quedar-hi fora. Irònicament, en aquesta època els homes no expressaven cap interès per les malalties de les dones ni el part (8).

Els estudis de medicina de finals de l'Edat Mitjana no incloïen res que pogués entrar en conflicte amb la doctrina de l'Església i comprenia pocs coneixements que actualment es puguin conceptualitzar de "científics" (1,8). Els nous metges de formació universitària no tenien permís per practicar la seva professió sense abans cridar a un sacerdot per obtenir ajuda i consell (8).

Els estudiants de medicina, igual que els restants joves universitaris, dedicaven diversos anys a l'estudi de Plató, Aristòtil i la teologia cristiana. A part, existia una rigorosa separació de la medicina i la cirurgia, aquesta última considerada casi en totes parts com una tasca degradant i inferior; la dissecció de cadàvers era pràcticament desconeguda. Davant d'una persona malalta, el metge amb formació universitària tenia escassos recursos a part de la superstició (1). De fet, en ocasions, aquests metges degueren recaptar de nou el coneixement experimental de les "dones sabies" (8).

Les llevadores van practicar sense títol fins a finals de l'Edat Mitjana, on es van donar canvis en la formació i en alguns moments va existir obligatorietat per les llevadores de ser examinades per poder exercir. A partir del segle XV hi ha a Espanya referències legals sobre la formació i pràctica de l'ofici de llevadora. Les Corts de Zamora el 1434 i les ordenances de Madrigal de 1448 a través dels seus alcaldes-examinadors donaven cartes per a l'exercici de llevadora a aquelles que demostraven tenir coneixements i experiència provada, però no era una pràctica generalitzada (13,15,18).

En la Pragmàtica de 1477 es crea el Reial Tribunal del Protomedicat, durant el regnat de la reina Isabel I la Catòlica (5,11,15). En aquesta s'ordenava que els protomèdics i examinadors majors tinguessin el poder per examinar a metges, cirurgians i altres professionals sanitaris en l'exercici de la seva professió (5,18); no obstant això, aquest Tribunal no contemplava les llevadores, atès que la dona i els temes al voltant del part eren considerats «qüestions menors» i «naturals». Així doncs les llevadores quedaven fora de la possibilitat de millorar el seu exercici professional malgrat l'interès expressat per moltes d'elles en documents particulars a alcaldes examinadors

i càrrecs del Protomedicat (3,18). No seria fins l'any 1498 que es promulgaria finalment una Pragmàtica sobre l'ofici de llevadora, donant-li reconeixement legal (3).

Veiem doncs que l'edat mitjana suposa una època dura per les llevadores espanyoles medievals, éssent perseguides tant per l'Església com per l'home, doncs eren les figures que aglutinaven el poder de l'època. Per una banda l'Església les perseguia a través del tribunal de la Santa Inquisició acusant-les de bruixes pels seus usos d'ungüents en l'embaràs i part i per realitzar consells anticonceptius i abortius, mentre que el sistema patriarcal no considerava la salut de les dones com una cosa important i a tenir en compte en el món mèdic, per tant una feina "bruta" que els metges relegaven a les llevadores.

Els homes tampoc permetien l'accés a l'educació a les dones, per tant aquestes eren analfabetes i les llevadores eren obligades a formar-se mitjançant la transmissió oral i la pràctica al costat de llevadores més grans i experimentades, éssent després desprestigiades pels homes metges ja que aquestes cures eren provinents de formació no reglada (15).

La llevadora tenia unes funcions clares a realitzar, per les quals molts cops no cobrava i a més posava en perill la seva vida ja que eren perseguides per la Santa Inquisició i enviades a la foguera. Tot i les dificultats en el camí, gràcies a elles veiem que a finals de l'edat medieval es comença per primer cop a fer un intent de legalitzar la seva formació.

5.1.7 Edat moderna

L'any 1498 es promulga finalment la Pragmàtica sobre l'ofici de llevadora on es recull la regulació de l'ofici. Aquests exàmens per a ser reconegudes legals van ser el primer intent de regular l'ofici de llevadora a Espanya sota el criteri del Reial Tribunal del Protomedicat (15). Els metges homes seguien sense mostrar interès en aquesta àrea de la salut ja que ho veien com una cosa quotidiana, de l'esfera domèstica i per tant, propi de dones, indigne per ells. Tenien poques nocions sobre l'ofici ja que la seva presència en el part estava vetada per qüestions de pudor, i malgrat tot, eren ells qui examinaven a les futures llevadores (5,8,14,15). Un cop obtingut el seu vistiplau, la llevadora passava a ser legal tant per exercir com per tutoritzar (15).

En aquests exàmens no només es preguntava sobre qüestions relacionades amb el part, sinó també de la salut ginecològica de la dona. Les respostes, recopilades en arxius dels segles XVI fins el XVIII, ens apropen als coneixements de l'època sobre la salut de les dones, on els tractaments incloïen en moltes ocasions ungüents amb diverses substàncies, suposadament medicinals, obtingudes de plantes silvestres o inclús del propi rebost, com ara olis i ous (5).

Si més no, aquesta regulació va tenir caràcter transitori, ja que Felip II la va abolir el 1576, i va prohibir al Tribunal del Protomedicat examinar llevadores a causa de l'excessiu control que exercien (5,19). Això a la seva vegada va suposar un retrocés per a la professió, ja que suposava posar altre cop la professió en una situació de no regulació, (2) i creava una clara línia divisòria entre grup de guaridors regulars i irregulars, col·locant a la matrona en situació de desprestigi i subordinació (20).

Al llarg del segle XVI es van produir importants canvis socials, polítics i científics a Europa. Les bases de l'obstetrícia com a ciència van començar a ser establertes amb l'estudi de l'anatomia humana i la fisiologia de la reproducció. Això va fer que molts homes s'interessessin per l'estudi i la pràctica de l'assistència al part; apareix així la presència dels homes en l'escenari del part amb el nom de cirurgians-llevadors. Un factor determinant el va constituir la creació dels fòrceps en el si d'una família de metges francesa, els Chamberlen (7).

En aquesta època les universitats, tant medievals com renaixentistes, feien una clara distinció entre la teoria mèdica i la pràctica quirúrgica, diferències que afectarien la titulació i la lingüística, atès que el llatí com a llengua científica seria dominada per escassos metges en relació amb les llengües romàniques o vulgars que feien servir els cirurgians i altres professionals, i per això es veurien privats d'accés al coneixement especialitzat. L'obstetrícia formava part de la cirurgia, per tant aquesta tampoc trobava lloc a les universitats, essent aquestes acostumades a tractar qüestions filosòfiques transcendents i a no dedicar el seu temps a qüestions de "naturalesa simple" i que a més eren ateses per "dones de poca instrucció" (3,18,19).

Tots els autors coincideixen en afirmar que les llevadores del segle XV comptaven amb una deficiència alarmant de sabers (14). La invenció de la impremta va suposar una gran revolució en l'accés al coneixement, doncs fins aleshores s'havien hagut de fer les còpies d'una obra a mà, cosa que dificultava moltíssim la seva difusió (5,8). A mitjans del segle XVI es va estendre per Europa un corrent que pretenia divulgar els coneixements obstètrics i ginecològics en forma de tractats que van tenir gran èxit i difusió en estar escrits majoritàriament en romanç o llengua vulgar, la llengua que parlava el poble i no en llatí, llengua dels erudits (19).

La redacció d'aquestes obres va córrer a càrrec dels metges homes amb l'objectiu d'ensenyar a les dones (llevadores, parteres, matrones, padrines) aspectes de la seva professió, ja que no existia una ensenyança oficial ni control ni examen de les dones que exercien com a llevadores (8,19), no sense deixar clar que pretenien suplir la suposada ignorància femenina (5). Aquests van aprofitar per escriure el que les llevadores els explicaven sobre determinades destreses per assistir parts i van recopilar coneixements que havien estat utilitzats des de temps anteriors per les llevadores, arribant a ser moltes d'elles acusades de bruixeria per aquests i cremades en la foguera. Malgrat això, quan els metges van obtenir i utilitzar aquests sabers, va ser quan se'ls hi va conferir un caràcter científic (7).

A Espanya el primer text en llengua romànica per la formació de llevadores va ser el manual de Damià Carbó del 1541 titulat "Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños" (5,12,15). En aquest l'autor no tenia miraments en explicar que el seu llibre anava destinat a posar remei a la imperícia de les llevadores ja que "poc instruïdes en el seu art, no saben bonament què fan. I així cauen en errors". De totes maneres, malgrat els suposats errors, les dones preferien ser ateses i consultar amb altres dones abans que amb els metges, així ho afirmava el mateix Damià Carbó (5,21).

Segons Carbó, les llevadores desenvolupaven les seves funcions per delegació, ja que "vista la necesidad en las mujeres en el tiempo de su preñez y parir fue necesario por honestidad dejar estas cosas en poder de la mujer". Així doncs, degut a la estricta moral de la època, estava estrictament prohibida la presència d'homes en el part, pel que les funcions d'assistència eren competència exclusiva de les llevadores (8).

El coneixement dels metges de l'època en relació amb el part no era major que el de moltes llevadores, tal com al·ludeixen molts autors. Encara se li atribuïa a l'úter una capacitat mòbil per a desplaçar-se a altres llocs del cos i causar la malaltia. L'úter seguia sent el causant de molts mals de la dona i de l'home. És en aquesta època que es comencen a realitzar histerectomies (18).

«(...) El desconocimiento, en fin, de los médicos por la especificación del hecho del parto se compensó con la abundancia de libros de oraciones destinados a las futuras madres. Aquéllos, no obstante, controlaron todo el sistema de partos del antiguo régimen, marginando a las mujeres comadronas que habían desarrollado esas acciones durante épocas anteriores» Ortega López (18).

Fins al segle XVII l'assistència al part va estar exclusivament en mans de les dones, llevat d'excepcions (14). Les parteres o comares dels segles XVI i XVII eren en tota Europa dones expertes en parts i salut de dones i infants, jugaven un paper clau en activitats religioses i il·legals, la qual cosa les convertia en figures centrals de la vida comunitària i subjectes amb un considerable poder social. Per a un gran nombre d'elles, l'art d'assistir parts constituïa el seu principal mode de vida, un ofici en el qual les dones havien tingut exclusiva competència durant segles (3).

En els segles XVII-XVIII, com a resultat de les idees mercantilistes i les polítiques poblacionals, es produeix un canvi absolut, de manera que l'art de *partejar* passa de l'esfera privada, territori on havia actuat sempre la llevadora, a l'esfera espacial i simbòlica del públic, passant de ser cosa de dones a ser cosa dels Estats. Això va implicar major regulació de l'activitat, major nivell d'elaboració teòrica i major prestigi social, fenomen que es va acompanyar amb l'entrada massiva de barbers-cirurgians, els quals van dirigir la formació i accés a nous membres d'acords a una política sexual que donava més capacitat a professionals homes que a les dones, les quals van quedar legalment restringides a l'assistència de parts normals, no complicats (22). Es definien així per primer cop els límits de les pràctiques de cadascú; a les matrones se'ls va assignar l'assistència dels parts normals, situació que continua vigent en l'actualitat (14).

Encara que les matrones van continuar assistint la major part dels parts que es produïen a les ciutats i tots els que succeïen en el medi rural (que suposaven el 80-85%) (8,14), l'amenaça que suposava la incursió dels homes en el denominat art de *partejar*, va fer que sorgís la preocupació en aquestes (7,14,23). Per això, l'any 1653 i en els anys següents, matrones sevillanes com Juana de la Chica, Mariana de la Fuente o Marta Rodríguez, van sol·licitar autoritzacions que els servissin de titulació o acreditació per a exercir la *parteria* (2). No sols estava en risc la intrusió en una labor exercida per les dones durant segles, sinó que va haver-hi per part dels metges i cirurgians una campanya de desprestigi cap a les matrones, titllant-les d'ignorants, brutes i responsables de la mortalitat maternoinfantil pròpia d'aquells temps de guerres, epidèmies i pobresa de la majoria de la població (7).

En països com Alemanya, França, Holanda, Suïssa i Itàlia els metges van començar a organitzar i regular l'activitat de les llevadores. A França els cirurgians-barbers que van començar a practicar l'obstetrícia van ser anomenats "sage-femmes en culottes", el més famós de tots va ser Ambroise Paré (1510-1590), qui va introduir la versió podàlica, va recomanar la pràctica de la cesària en la dona viva i no sols a la partera moribunda o morta i en definitiva va ajudar al fet que l'obstetrícia aconseguís una nova dignitat (3).

L'*Hôtel Dieu* de París era l'hospital més distingit de tota Europa referent a la maternitat. Paré, cirurgià-obstetre al capdavant d'aquest establiment, va ser el fundador de la primera Escola de llevadores de l'Europa moderna. L'any 1650 es va autoritzar els cirurgians de l'*Hôtel Dieu* de París a assistir als parts normals, d'aquesta forma els homes iniciarien les seves pràctiques en Obstetrícia, fet que després es va donar a Espanya. Això provocaria l'inici d'una dura lluita entre les matrones que tradicionalment venien assistint els parts i els cirurgians-llevadors. Aquesta pugna es mantindria durant tot aquest segle i el següent (3).

L'any 1713, el cirurgià francès Jules Clément va assistir el part de la reina Maria Luisa de Sajonia, la primera dona de Felip V. Això va suposar la fi de l'exclusivitat de les llevadores a l'assistència al part a Espanya i aquesta es convertiria en un acte quirúrgic, on es modificaria la postura de part al decúbit supí (2), situant a la dona en una postura objectivament incòmoda i passiva per a ella amb el propòsit de millorar l'asèpsia i, sobretot, de facilitar la tasca de l'obstetre (7). Aquesta es posaria de moda entre l'alta societat (2).

Les dones se sentien més còmodes amb les llevadores, per qüestions de pudor, però creien que si les dones de l'alta societat eren ateses per homes que posseïen instrumental per a resoldre parts complicats, seria més segur que el part fos atès per cirurgians (10). La sobirania de la llevadora en l'assistència obstètrica es va començar a enfonsar i va quedar relegada a la població urbana i rural d'escassos recursos (2).

5.2 APARICIÓ DE L'OBSTETRÍCIA CIENTÍFICA I EXCLUSIÓ DE LES LLEVADORES (SEGLE XVIII - SEGLE XIX)

La comunitat científica per unanimitat accepta que a finals del segle XVII i començaments del segle XVIII és quan la obstetrícia primer i la ginecologia després comencen a considerar-se disciplines amb fonamentació científica. La cirurgia, com a germana menor de la medicina, s'igualava a ella en dignitat, i amb ella l'obstetrícia (18). És en aquest segle quan es comença a usar la paraula *llevadora* per a denominar a les parteres qualificades, es reafirma la professió com a activitat quirúrgica i es publiquen quantitat de manuals dedicats a l'art obstètric (19).

Durant el segle XVIII es van produir grans disputes entre llevadores i cirurgians, les primeres defensant la regularització de la seva professió i criticant obertament l'ús que aquests feien dels fórceps sense dominar perfectament la tècnica, així com manifestant la seva oposició al fet que la *parteria* fos practicada per homes, argumentant que la paciència, l'experiència i la capacitat natural de les dones que fins llavors assistien els parts podia evitar en la majoria de les ocasions la utilització d'instruments (7). Així ho escrivia la coneguda Louise Bouguese (1563-1636), llevadora reial de Maria de Medici en el segle XVIII:

«...voldria suplicar als cirurgians que assisteixen a les dones en el seu part que treguin la placenta amb paciència, com les llevadores, o que deixin que la llevadora la tregui, per l'esquinçada que he vist en placentes que alguns cirurgians extreuen» (22).

Aquest procés no va fer desaparèixer a les dones de l'escenari del part, ja fossin professionals o aficionades, però els va arrabassar el seu poder i, alhora, va contribuir a establir una jerarquia clara en què els homes, habitualment amb formació quirúrgica o mèdica, ocupaven el graó superior, mentre que les dones eren relegades al nivell inferior (24).

La llei número cinquanta de les Corts de Navarra l'any 1724 ja venia imposant a les llevadores ser examinades per un metge titular i pel mossèn del partit on vivien, el primer examinava les habilitats professionals i el segon de les seves condicions morals i coneixements del baptisme "sub-conditione". Es creu que aquests exàmens no deurién incloure la majoria de les dones que es dedicaven a atendre parts, o si més no, va ser aquesta la raó pel qual el Reial Tribunal del Protomedicat, l'any 1750 va comunicar al rei Ferran VI la seva preocupació pels tristos successos que "de algunos tiempos á esta parte acontecian en esta mi Corte, y en las principales Ciudades, y Poblaciones de las Castillas" (5).

Aquests tristos successos consistien en la mort d'embarassades i nadons degut a "la impericia, y mala conciencia de las Mugeres llamadas Parteras, y de algunos hombres, que para ganar su vida habían tomado por oficio el partear" (24), culpant a les llevadores de les morts maternoinfantils pròpies d'aquells temps de guerres, epidèmies i pobresa en la majoria de la població (7). Atenent a aquesta preocupació, Ferran VI promulgaria la Reial Cèdula de 21 de Juliol de 1750 que regularia el seu exercici, exigint un examen per exercir la seva professió a càrrec del Reial Tribunal del Protomedicat (5,8,11,18).

Aquesta Cèdula convertia oficialment l'art de *partear* en part de la cirurgia i l'ofici de cirurgia portava implícit i inherent l'habilitació per a assistir parts. Des d'aquesta data a Espanya per a

ser home llevador calia ser cirurgià (20,25). S'obrien dos camins per a exercir una mateixa activitat segons el sexe dels aspirants, els homes havien de formar-se com a cirurgians i de manera voluntària examinar-se de parts, mentre que això últim era l'únic i obligatori requisit per a llevadores (19,20,25). Per ser admesa a examen la llevadora havia de presentar el certificat de matrimoni, el permís del marit, documentació sobre neteja de sang, haver practicat almenys dos anys l'ofici i ser de bona vida i costums (5,8).

Per a que les dones que vulguessin examinar-se poguessin estudiar, el rei va ordenar al metge de la família reial i examinador protomèdic, Antonio Medina, redactar un petit llibre que servís a aquelles que vulguessin preparar-se per tal examen. El llibre, "Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear" va ser publicat aquell mateix any 1750 (5,8,18,26). Aquest enumerava diverses característiques que havia de reunir una bona llevadora, entre elles: tenir una edat proporcionada, ni molt velles per tenir una bona capacitat d'aprenentatge, ni molt joves per motius de pudor, tenir un "geni dòcil i propens a admetre el dictàmen dels seus majors en suficiència", és a dir, del metge o cirurgià, ser bones cristianes, fidels, silencioses... (5,16)

El segle XVIII és conegut en el món de la medicina com el segle de la cirurgia perquè va ser aquí quan es comencen a desenvolupar tècniques quirúrgiques eficaces, i perquè es comença a millorar la formació dels futurs cirurgians (27). Gràcies a la Revolució Francesa i les corresponents revolucions burgeses, es van produir importants canvis sobre les organitzacions en les professions sanitàries. França va intentar donar solució a l'organització de l'ensenyament universitari amb la concessió del títol de Llicenciat en Medicina i Cirurgia; unificant així les dues titulacions, metge i cirurgia. La reforma de l'ensenyament de la medicina a Espanya va començar durant el regnat de Carles III (1759-1788), però en aquest cas no va suposar la unió de la professió de metge i cirurgia, sinó que va ser la figura del cirurgià qui, en conseqüència als nombrosos conflictes bèl·lics i les necessitats d'assistència sanitària que van sorgir per part de l'exèrcit espanyol, va veure la seva figura revaloritzada (28).

Fins el segle XIX l'ensenyament de la medicina va estar separada de l'ensenyament de la cirurgia. Ser cirurgia era una ocupació poc apreciada perquè pertanyia als "oficis manuals", és a dir, els que s'exercien amb les mans i tots ells es consideraven indignes (27). En conseqüència a les guerres i la creixent necessitat d'atenció quirúrgica per part de soldats, es van inaugurar a Espanya els Reials Col·legis de Cirurgia, al segle XVIII (28). Aquests suposaven també una iniciativa que intentava pal·liar la devaluació en què havia caigut aquesta branca de les "ciències de curar", a la qual pertanyia "l'art de partejar". El Reial Col·legi de Cirurgia de San Carlos (Madrid), inaugurat l'any 1787, va ser el primer en incorporar com a estudiants les dones amb la creació d'una Càtedra de Parts per instruir, no només als cirurgians, sinó també a les que es volguessin dedicar a la professió de llevadora (27).

Una altra novetat va ser que aquestes, per tal d'exercir, obligatòriament havien de fer els estudis i examinar-se en el Reial Col·legi de Cirurgia de San Carlos. Tanmateix un cop acabats els estudis, havien de ser examinades sota criteri pel Protomedicat Castellà. Així va sorgir la primera formació reglada de les llevadores a Espanya, que posteriorment s'estendria a la resta de col·legis de cirurgia. Desgraciadament, aquesta formació queia en mans dels cirurgians, que a partir d'aquest moment van restringir els coneixements i per tant les competències que històricament havien desenvolupat les llevadores (5,27). Aquesta submissió total als cirurgians va obligar a les llevadores a seguir un reglament científic i a abandonar les pràctiques transmeses de mare a filla que s'havia seguit fins aleshores (16).

Per tal que aquestes es matricuessin en els estudis, l'any 1790 es va realitzar un cens que havien de dur a terme els alcaldes de barri de les dones que es dedicaven a atendre parts en la ciutat

de Madrid. Molt probablement aquest no es va realitzar amb la única intenció de publicitar l'obertura de la càtedra de parts en el Col·legi de Cirurgia de San Carlos, sinó que pretenia intimidar a les dones que practicaven sense títol (5).

Les lliçons de la Càtedra de Parts es van inaugurar el 19 d'abril de 1790, amb classes a porta tancada i en horari diferents a la resta d'alumnes homes. Tres anys després, les que van superar els estudis se'ls hi va entregar un títol que les capacitava per poder exercir. Si més no, el ritme de titulacions que otorgava el Reial Col·legi de Cirurgia de San Carlos, la limitació de distància que suposava per moltes haver de traslladar-se fins a Madrid, les dures condicions que hi havien per l'accés a l'estudi o el cost d'aquest mateix, feien que en els primers anys de promocions en la Càtedra de Parts fos impossible arribar a la necessitat de llevadores titulades en el país. En la primera promoció només van acabar la formació nou de les dotze dones que havien començat i en la segona només quatre (5).

L'any 1804 el rei Carlos IV per la Reial Cèdula anomenada "Ordenanzas Generales", va aprovar la llei que regularia a partir d'allà tot el concernent al règim de la cirurgia i les branques subalternes d'aquesta, llevadora i *sangradores* (3,5). En aquesta s'anul·lava al Tribunal del Protomedicat com a examinador i s'establia que fossin els Reals Col·legis de Cirurgia els llocs d'examen per l'obtenció del títol. S'establien dues vies per accedir a la titulació de llevadora: seguir els estudis oficials, amb dos cursos de duració de dos mesos cadascun; o passar un examen de revàlida en dones que ja havien exercit l'ofici durant anys i no posseïen el títol que les capacités. El temari dels cursos era complet; comprenia temes anatòmics, estructures fetals i diferències entre tipus de parts (3,8,10,18–20). S'esmenten les limitacions de les matrones, com la impossibilitat de fer operacions, o receptar medicació, així com l'obligatorietat d'avisar a un cirurgià en els parts difícils (2,8,25). Es conclou amb el coneixement per part de la partera de la fórmula baptismal i el mode d'aplicar-la en casos d'urgència (10).

Ser llevadora implicava doncs, en instàncies oficials, restringir les competències que sempre els hi havien sigut pròpies, per encomanar-les-hi als cirurgians (25). El temps dedicat a l'estudi de les llevadores era molt menor, unes trenta hores, mentre que per als cirurgians arribava a les cent. La discriminació també es feia evident quant a les condicions d'accés: mentre que als cirurgians se'ls exigia estudis de llatí, àlgebra, lògica i física, alhora que havien de demostrar solvència econòmica per tal de poder estudiar sense treballar, a les llevadores ni tan sols se'ls exigia saber llegir o escriure, sinó disposar d'un certificat de *bons costums*, ser vídues o tenir el permís del seu marit (16,25).

La reforma educativa de la *parteria* sembla que va tenir, en termes quantitativs, una incidència mínima entre les llevadores, de manera que a finals de segle la presència fora de les grans ciutats de llevadores instruïdes era encara bastant estranya (25). Per contra, el volum creixent de cirurgians va propiciar que cada vegada més homes veiessin l'atenció al part com una sortida professional més que apetible (24). Els cirurgians van ser qui més es van beneficiar de les mesures de formació de les llevadores, doncs ells van escriure els llibres, van impartir les ensenyances i van millorar socialment com a grup, essent reconeguts com la màxima autoritat en un terreny durant segles vetat (25).

Al llarg dels inicis del segle XIX van haver diversos canvis en els plans d'estudi mèdics i quirúrgics, els quals incloïen amb ells a les llevadores. L'any 1827 s'introduïa en la docència dels Col·legis de Cirurgia nocions bàsiques sobre medicina interna, a partir d'aquest moment els antics Reals Col·legis de Cirurgia Mèdica passaven a dir-se Reals Col·legis de Medicina i Cirurgia. L'any 1843 amb el "Plan Mata" se'ls hi va atorgar la categoria de Facultat de Medicina als Col·legis de Cirurgia de Madrid i Barcelona, que es van transformar en les Universitats Literàries de Madrid i Barcelona. Amb aquest es desplaçava l'ensenyament purament teòric a la universitat i en els

Reials Col·legis de Cirurgia es va donar prioritat a l'aprenentatge experimental i sobretot clínic; inspirant-se en el model francès de 1795 (5,27,28).

L'objectiu del Pla Mata era reorganitzar i disminuir les múltiples categories que existien de "professors de l'art de curar". S'establien tres tipus de facultatius: els mèdics-cirurgians, els farmacèutics, i una tercera classe especialitzada en cirurgia menor la de «Practica en l'art de curar», l'equivalent a l'antic "cirurgia sagnador". La necessitat d'aquesta figura es fundava en els mateixos motius econòmics, és a dir, per a afavorir que els pobles petits, que no podien proveir-se de facultatius de primera categoria, tinguessin una alternativa. Pel que fa les llevadores (5):

«Ademas de las tres clases de facultativos que se han mencionado mas arriba, nuestras costumbres han sancionado otra que se hace indispensable conservar. Es la de las parteras. La manera de comprender la virtud y el recato no es igual en todas las mujeres, y haylas que hasta en los momentos de un peligro inminente se resisten á ser auxiliadas por un comadron. Y á fin de no privar á estas desdichadas de los recursos del arte, es un deber del Gobierno respetar la institución de las matronas, dándolas la instrucción debida para el cabal desempeño de una profesión tan delicada» (5).

Per tant, la seva institució es mantindria i el seu ensenyament es perfeccionaria, malgrat fos únicament per motius morals i de pudor de les dones a ser ateses per homes (5).

Aquest "Plan Mata", però, seria derogat tan sols dos anys després pel "Plan Pidal", que produïa una nova reforma de la medicina (5,27,28). Va ser entre transicions de plans d'estudi quan trobaríem les primeres llevadores titulades per la universitat de la història d'Espanya, accedint, de manera quasi accidental, als estudis universitaris a Espanya. Les llevadores es convertien així en les primeres dones espanyoles que van poder accedir legítimament als estudis universitaris a Espanya. El 18 de febrer de 1845, va ser examinada de llevadora Josefa Golfin Beltri, natural de París i veïna d'Antequera. Aquesta va ser aprovada per tots els vots, convertint-se així possiblement en la segona dona espanyola, després de Maria Isidra de Guzmán y de la Cerda, en obtenir un títol universitari a Espanya (27).

Finalment, en la Llei d'instrucció pública del 9 de setembre de 1857, coneguda com la Llei Moyano, es va consolidar l'estructura bàsica per l'ensenyament universitari. Es va determinar que era necessària la unificació de la Medicina i la Cirurgia, pel qual des d'aquell moment s'inclouen els estudis de Practicant, títol que va sortir i Llevadora en les facultats de Medicina. A partir d'aquí doncs, quedava els estudis de Llevadora com ensenyament universitari (28), sent les matrones les primeres dones que van accedir a matricular-se de manera oficial i obtenir un títol a la universitat (5,27,29).

Segons estava planificat als articles 40 i 41 de la Llei Moyano, la Direcció General d'Instrucció Pública va aprovar el 21 de novembre de 1861 el "Reglament per a l'ensenyament de Practicants i Matrones" (5,27,28,30-32). Aquests estudis es podien cursar només en les universitats que tinguessin Facultat de Medicina, que aleshores seguien sent només set en tot l'Estat: Madrid, Barcelona, València, Granada, Santiago, Sevilla i Valladolid (5,28,30,31). Els practicants podien exercir en tots els hospitals públics, ja fossin provincials, municipals o d'altres nivells, sempre que hi haguessin almenys seixanta llits i almenys quaranta pacients. Les llevadores rebrien la seva educació en les Cases de Maternitat o en els hospitals amb sales de part (5,27,31).

El nombre d'alumnes matriculades els primers anys va ser molt escàs. A Espanya en aquells moments, i fins molt de temps després, el nivell d'analfabetisme era molt elevat, especialment entre les dones, al voltant del 1850 un 75% de la població no sabia llegir ni escriure, percentatge que va disminuir al 50% el 1900. El requisit de saber llegir i escriure devia deixar fora de la formació de llevadora un bon nombre de dones (26). Tot i això, el pla d'estudis de la carrera de

llevadora era molt simple, era evident que els que ho havien planificat no desitjaven que les comares tinguessin gaires competències. L'estudi de llevadora comprenia les matèries següents (5,27,31):

1. Nocions d'obstetrícia, especialment de la part anatòmica i fisiològica.
2. Fenòmens del part i sobrepert naturals, i senyals que els distingeixen dels preternaturals i laboriosos.
3. Preceptes i regles per assistir les “parteres i parides”, i els infants nounats, en tots els casos que no surtin de l'estat normal o fisiològic.
4. Primers i urgents auxilis de l'art a les criatures quan neixen asfíctiques o apoplèctiques.
5. Manera d'administrar l'aigua d'auxili als nadons quan perilla la vida.

A l'hora de cursar tals estudis hi havia una clara divisió sexual d'ambdós col·lectius: únicament les dones podien matricular-se a la carrera de llevadora i únicament els homes en la de practicant (5,32). Quant a les “qualitats necessàries per ser admesos a matrícula”, l'única coincidència dels requisits exigits a unes i altres era que tots havien d'haver aprovat un examen de les matèries compreses en el primer ensenyament elemental complet. La clàusula d'edat s'establia en 16 anys per als practicants i 20 anys per a les llevadores. Res més s'exigia als practicants, però, les llevadores, igual que les seves antecessores, les alumnes del Reial Col·legi de Cirurgia de San Carlos, havien d'estar casades (amb autorització dels seus marits) o vídues, i havien de presentar un certificat del seu rector on constés la “bona vida i els costums”, tal i com s'especifica a la “Real Orden del 21 de novembre de 1861” (5,27,31).

Altres diferències per raó de sexe i gènere que hi trobem entre ambdues carreres eren les relatives a les classes i exàmens: a l'igual que succeïa amb les llevadores del Reial Col·legi de Cirurgia de San Carlos, les classes eren a porta tancada i en hores diferents de la resta d'alumnes homes, com ara els practicants. Els exàmens de practicants eren públics, els de les llevadores “reservats”. Tots aquests representen perfectament la situació de les dones en l'Espanya del segle XIX: la reclusió, invisibilitat... (5,27,30).

La redacció del reglament finalitzava amb dos articles en el que es recordava a què s'autoritzava cada una de les carreres. Pel que fa a les llevadores, l'article 50 establia que només estaven autoritzades a participar en parts i “sobreperts” naturals. Si es produïen parts “preternaturals o laboriosos” s'havia de cridar a un “professor autoritzat en aquesta branca de la ciència”, podent seguir assistint a la dona embarassada com a auxiliar del facultatiu. S'havien perdut, per tant, la resta de les competències, com les relacionades amb les cures ginecològiques i pediàtriques (27,32).

El finançament i l'estabilitat en l'organització respecte a aquests ensenyaments no havia de durar molt, doncs només tres anys després de la publicació del Reglament, l'any 1864 es publicaria una “Real Orden” que limitaria els establiments on les estudiants de llevadora podien dur a terme les seves pràctiques. En aquesta, es prohibia que les cases de maternitat servissin per l'ensenyament de les estudiants. Sembla que aquesta “Real Orden” va tenir a veure amb un expedient emès per la Junta Provincial de Beneficència, justificant que la seva presència infringia la confidencialitat de les acollides, doncs aquests establiments recollien a dones embarassades molt pobres o sense parella, com les solteres o prostitutes. Aquesta situació va ser clau ja que va dificultar molt l'ensenyament pràctic, limitant l'ensenyament tan teòric com pràctic de les llevadores a les universitats (5,27,28,31).

El 23 d'abril de 1866, en el Congrés es va procedir a la lectura d'un projecte de llei on es contemplava la reforma de l'organització de les classes mèdiques, intentant una convalidació del títol de Cirurgia pel de Metge, en el qual l'article 4, es creia "de gran urgència" l'eliminació de la carrera de practicant i llevadora (5,27,28,31). El sector mèdic més conservador havia considerat la Llei d'Instrucció Pública de 1857 una ofensa, que va advocar per desacreditar i intentar suprimir totes dues titulacions recentment incorporades a la universitat (28). Dos mesos més tard es va aprovar per Reial decret la reforma dels estudis de les Facultats de Medicina i Farmàcia, on es suprimia la matrícula per al primer semestre de la carrera de practicants, no obstant això, no es feia esment als estudis de la carrera de llevadora (27).

Els canvis havien d'arribar de la mà de la revolució de 1868, en la qual es va aprovar el Decret de Llibertat d'Ensenyament, on s'acceptava l'establiment d'escoles lliures. Amb aquest s'intentava augmentar el nombre d'establiments on impartir ensenyaments i així, augmentar el nombre de persones en aquests. Amb aquesta s'obrien tres possibles establiments per l'impartició dels ensenyaments de llevadora: les escoles de l'Estat, a la ombra d'un metge tocòleg i les noves escoles anomenades "Escoles Lliures" (5,27,28,32). Aquest decret va impedir que les carreres de Practicant i Llevadora desapareguessin (27). La Llibertat d'Ensenyament va obrir una possibilitat inèdita en la història de la professió, va permetre a les matrones ser docents d'un ensenyament normalitzat i reconegut, això els va donar la possibilitat de transmetre els seus coneixements dins del sistema formal, encara que privat, d'ensenyament (3,32).

Durant aquest període es van crear a Madrid dues escoles lliures d'ensenyament per a llevadores, amb el fet comú de ser gestionades ambdues per un metge i una llevadora (3,32). La primera escola per a llevadores fundada a Madrid entre els anys 1868 i 1870 es va anomenar "Escuela Especial de Obstetricia para señoras". Francisca Iracheta, llevadora llicenciada per la Universitat Central, va ser la professora encarregada de l'ensenyament teòric i pràctic del part. Per fer-ho, va seguir un manual que va escriure ella mateixa titulat "Examen de las matronas conforme hoy son y conforme deben ser", publicat l'any 1870 com el primer llibre de text sobre tècniques de part escrit per una dona espanyola i adreçat a un públic femení que es volia formar per obtenir un títol professional, el de llevadora (3,5,7,30,32).

La llibertat d'ensenyament va suposar l'aparició d'escoles privades i una ruptura en la uniformitat d'un únic títol oficial universitari per als ensenyaments de llevadora, amb una ampliació de les possibles escoles on cursar aquests estudis. El Reial decret de 1883 va decidir donar validesa acadèmica als estudis fets anteriorment amb caràcter d'ensenyament privat i aconseguir una unificació dels títols aconseguits amb diferents procedències. Les matrones en possessió de títols, fos quin fos, havien de superar unes "proves de suficiència", podent-les realitzar en les deu Universitats o Escoles respectives: Madrid, Barcelona, Sevilla, Santiago, Valladolid, Granada, València, Saragossa, Oviedo i Salamanca (28).

A partir de l'any 1876 la Llei de Llibertat d'Ensenyament va quedar abolida (32). L'any 1888 s'havia d'aprovar un nou "Reglament per a l'ensenyament de Practicants i Matrones" que no modificaria els coneixements exigits a llevadores per la resta d'aquest segle (3,5,18,32). Aquest proposava un programa d'ensenyaments pràcticament idèntic al de 1861, amb la única diferència de que la matrícula podria ser oficial o no oficial, és a dir, cursant la carrera en les facultats de medicina o formant-se de manera lliure i acudint només a fer la revàlida (5). Desapareixen, a més, les clàusules d'edat, estat civil o educació elemental per aspirar al títol, cosa que sembla que va afectar positivament al nombre de titulades, que va experimentar l'augment més notable de tot el període estudiat (32).

5.3 DE CASA ALS HOSPITALS: INSTITUCIONALITZACIÓ I MEDICALITZACIÓ DEL PART (SEGLE XIX - XX)

Fins al segle XVIII l'atenció sanitària a Espanya s'ocupava fonamentalment de la malaltia, estant vigent un model de medicina liberal en el qual els metges, practicants, matrones i un heterogeni grup de sanitaris atenien les famílies en les seves pròpies consultes o bé en el domicili de les persones. Els hospitals estaven reservats a persones de classe social baixa que no podia pagar els serveis mèdics o gent amb malalties de mal pronòstic (7). Fins a mitjans del segle XX el naixement constituïa una part de la vida íntima i era vist com una experiència molt més natural de com es veu avui en dia, on aquest tenia lloc en la majoria de casos en el domicili de la dona embarassada o d'algú del seu entorn immediat (5,28,33), circumstància que formava part de l'esfera privada, pròpia de la identitat femenina, fent de la llevadora la professional protagonista (28).

Un part domiciliari acostumava a ser acompanyat per familiars i amistats. Aquest solia tenir lloc a la cuina per motius de temperatura i higiene o bé a l'habitació. Les postures que s'utilitzaven per afavorir el part eren variades: a la gatzoneta, de peus, amb el peu en un escó, asseguda a sobre del marit, en el terra, de panxa amunt amb les cames arquejades, de genolls... La dona escollia la postura més adequada segons ella ho sentís. La postura ginecològica és un aspecte que prendria especial interès després en l'assistència al part hospitalari, on aquesta passaria a ser horitzontal i en litotomia, per facilitar la intervenció del personal sanitari (34).

En general, abans del segle XX, les dones que anaven a parir en institucions eren aquelles amb embarassos considerats "il·legítims", com les dones solteres, viudes o les que exercien la prostitució. Els nadons que naixien en aquests centres de parts "vergonyants" solien acabar en orfenats. Aquests tenien com objectiu protegir "l'honor" de les dones i disminuir les xifres d'infanticidis (5,35). L'any 1822 es va aprovar la Llei General de Beneficència Pública on es proposava l'establiment, en cada província, d'una casa de maternitat (36), però aquesta mesura a la capital va demorar molts anys. Finalment l'any 1859 es fundaria la Casa de Maternitat a Madrid (36).

El sistema d'admissió era tan opressiu que les dones ni tan sols podien rebre visites dels seus propis pares, cosa que ens pot donar una idea de la tolerància que tenia la societat espanyola del segle XIX en referència a la llibertat sexual de les dones, especialment les solteres, que molt probablement ni tan sols es podien plantejar criar els seus propis fills sense lliurar-los a l'Inclusa (36). Philip Hauser, un famós metge higienista, l'any 1902 va fer una visita a la Casa de Maternitat de Madrid i va deixar constància en un dels seus llibres de les condicions amb les que se la va trobar. Aquest va trobar una deficiència higiènica-sanitària que el va dur a recomanar la construcció d'una nova maternitat, tan per l'escassetat de centres d'aquest tipus a la capital del país com per les penoses condicions en les que es trobava (33,36).

Tan sols un any més tard, segurament influenciada per la opinió de Hauser, la mare d'Alfons XIII, Maria Cristina de Habsburgo-Lorena, va autoritzar la creació d'una nova casa de maternitat a Madrid. La institució tindria la triple finalitat d'asil de maternitat, de clínica d'obstetrícia i ginecologia i d'escola per a llevadores (33,36), esdevenint aquesta la primera escola de matrones fundada a Espanya amb reconeixement legal (11,37). Aquesta va passar per una lenta construcció degut a la falta de recursos, finalment Alfons XIII va inaugurar la Casa de Salut de Santa Cristina el 28 de juny de 1924, exactament 20 anys després de la col·locació de la primera pedra (5,33).

Entre les usuàries de la Casa de la Salut es trobaven les que pagaven, o les pensionistes, i les que rebien atenció gratuïta. Les primeres eren dones acomodades que pagaven pel servei que

rebien al centre, les quals no podien suposar més d'un terç de les places disponibles. Aquestes havien de sol·licitar la seva admissió al director de l'establiment. Es dividien en quatre categories depenent del preu que pagaven, essent les de primera categoria les que pagaven més, sent les úniques que disposaven d'habitacions individuals. Les dones amb servei gratuïtes malgrat no havien de pagar amb diners, hi ha indicis que sí se'ls exigia col·laborar en les tasques domèstiques de la institució (5,33,36).

Respecte les estudiants de llevadora, en aquest centre se les educava en matèria sanitària i moral (33). Malgrat les regles van anar canviant, la idea inicial era que fossin internes, per la qual cosa quedaven descartades les dones casades, un canvi absolut respecte els segles anteriors. Un altre requisit era que tinguessin entre 18 i 30 anys (33,37), pel qual es suposa que hi havia cert interès en que tinguessin poca experiència vital i fossin més mal·leables a l'educació que se'ls pensava inculcar. La duració dels estudis era de 2 anys, tal com establí el Real Decret de 1904, que comentarem més endavant, i aquestes havien d'adquirir una formació pràctica d'infermeria, la qual estava orientada al treball en institucions tancades, la qual cosa significava un pas més a la institucionalització generalitzada del part i la conversió de la llevadora a una professió auxiliar (5,33).

Un cop més, la docència de les alumnes no depenia de les pròpies llevadores de la casa, sinó que estava sota jurisdicció dels facultatius. Cadascun d'ells tenia assignades a dues o tres alumnes, seguint la tradició patriarcal iniciada en els Reials Col·legis de Cirurgia durant el segle XVIII, que només havia millorat temporalment a la fi del segle XIX (33).

En aquesta Casa de Salut es van dur a terme un seguit d'estratègies per atraure a les gestants a parir a Santa Cristina. En només tres anys de funcionament ja es va notar l'increment en les sol·licituds de gestants per ingressar al centre (5):

«Hasta la fecha de apertura de esta Casa, no era usada en Madrid la asistencia a las embarazadas y parturientas normales. De muy antiguo venían buscando asilo en las clínicas especiales las que necesitaban operaciones o auxilio especial por su estado patológico. Fuera de estos casos y de algún que otro llevado a los sanatorios por motivos o complicaciones extraordinarias, lo corriente era y sigue siendo la asistencia domiciliaria (...). La constante alza en el número de asistencias en la Casa de Salud de Santa Cristina, desde el día de la apertura hasta la fecha, demuestra bien a las claras que el convencimiento va abriéndose paso en el ánimo del público, y es interesante observar cómo las familias aceptan gustosas y convencidas las limitaciones obligadas en las horas y tiempos de visita, cuando las mismas asiladas demuestran a sus deudos que sólo así pueden beneficiarse de los periodos de descanso y quietud necesarios en los puerperios y en el estado postoperatorio» (5).

Ingressar en el centre per donar a llum suposava haver de seguir un seguit de normes que s'imposaven a la dona (5,33), com ara una limitació horària de visites a un locutori, escurçant-se aquest temps a una sola hora si es trobaves enllitada i no es podia desplaçar fins el dormitori (33). Una altra limitació era que les dones ja no podien estar acompanyades durant el part, ni molt menys decidir quines persones les anava a atendre (5): quan hi havia un part totes les alumnes que estaven de guàrdia acudien a la sala. Les alumnes més antigues ajudaven i assistien a la matrona o al metge, mentre que les altres eren meres espectadores. La partera perdia així no només el decidir el qui l'atendria, sinó tot el seu dret a la intimitat durant el part (33).

Pels obstetres des d'un inici la idea de traslladar tots els parts en centres especialitzats, com la Casa de Salut de Santa Cristina, va ser molt ben vista. Aquesta els hi suposava tres grans avantatges: en primer lloc ja no haurien de ser ells qui es desplaressin als domicilis de les parteres, sinó que ho farien elles. En segon lloc, la institucionalització desbancava a les llevadores del seu paper preponderant d'atenció al part, ja que recordem que la gran majoria

de parts eren a domicili i aquests eren atesos sobretot per aquestes professionals. I en tercer lloc aquesta acabava amb la soledat amb la que es trobaven en la pràctica domiciliària (sense pensar que aquesta soledat se li transferia a la dona) (5).

Ja des de la seva construcció la Casa de Salut va ser objecte de polèmica entre els membres de la comunitat universitària, doncs es creia que les llevadores disposaven d'un molt millor "material d'estudi" que els alumnes de medicina, que únicament rebien un "reduïdíssim nombre d'embarassades" d'ensenyament pràctic d'obstetrícia. La solució va ser que l'Escola de Llevadores, enlloc de ser un organisme independent, estigués sota la direcció de la Facultat de Medicina, així els estudiants de medicina podien accedir a les pràctiques a l'establiment i al seu magnífic "material d'estudi", és a dir, les embarassades del centre (33). És així com l'any 1931 l'escola Especial de Llevadores quedava adscrita a la Facultat de Medicina, passant els seus serveis a dependre de tal facultat (11,33,36).

Un dels objectius originals de la institució era proporcionar a les dones embarassades pobres una atenció al part i puerperi completa. Amb el temps, però, aquesta assistència al part institucionalitzada es va estendre més, independentment de l'origen social o del seu poder adquisitiu, i va substituir gradualment i explícitament l'assistència tradicional a domicili (33).

L'obertura de la Casa de Salut de Santa Cristina va suposar l'inici de la institucionalització i medicalització de l'assistència al naixement a Madrid, fet que es va generalitzar més tard a la resta d'Espanya, amb la conseqüent pèrdua de poder de decisió de les dones sobre el seu propi part. Aquesta també va implicar conseqüències pel col·lectiu de llevadores, malgrat el volum d'ensenyament pràctic que aquestes rebien va millorar, les possibilitats de treball autònom que havien estat tradicionals per la professió començaven a desaparèixer. Per altra banda, el treball en institucions tancades obligava a les llevadores a ser sotmeses a un control jeràrquic per part dels metges especialistes, els quals desitjaven comptar amb auxiliars submises i obedients (33,36).

Un altre dels grans canvis per a l'atenció obstètrica a Espanya, en aquestes dècades inicials del segle XX, va ser la implantació de l'Assegurança Obligatoria de Maternitat (SOM per les seves sigles en espanyol), entre els objectius de la qual es trobava la lluita contra la mortalitat infantil (35). L'establiment amb caràcter obligatori d'aquesta es va sancionar pel rei Alfons XIII mitjançant un Reial Decret l'any 1929, però no es va iniciar fins 1931 (5,38). Amb l'Assegurança de Maternitat es tractava de donar protecció a les mares obreres per a garantir-los el degut repòs abans i després del part (38). Entre les funcions recollides en el projecte, s'esperava que la obra conduís a una transformació de l'assistència maternoinfantil amb l'increment de sales de parts, consultoris i clíniques subvencionades públicament. L'implantació del SOM en un inici va ser complicada i més tard tots els projectes d'instal·lacions sanitàries van ser interromputs per la guerra (5).

Des d'un inici, una de les grans prioritats de la política franquista va ser repoblar Espanya d'espanyols. Els úters de les espanyoles havien de treballar a ple rendiment per a aconseguir la meta dels famosos «quaranta milions» d'habitants. Perdre el temps treballant fora de casa no era una opció per a les dones que, a més, podien posar en risc el fruit de la seva concepció. Els premis a la natalitat van ser un dels mètodes propagandístics emprats per la Dictadura per a aconseguir aquest objectiu. El 21 de juliol de 1939 ja s'havia acordat designar una comissió que s'encarregués de reorganitzar l'Obra Maternal i Infantil (35).

Al febrer de 1942, en tant s'aprovava la futura Assegurança Obligatoria de Malaltia, es van refundre les Ponències del Subsidi de Vellesa i de l'Assegurança de Maternitat. L'objectiu del pla presentat per Joaquín Espinosa, era dissenyar un sistema en el qual tingués cabuda tant

l'assistència obstètrica completa –embaràs, part i puerperi– com l'assistència pediàtrica. L'objectiu era hospitalitzar a totes les parteres, ja es tractés de parts normals o distòcics, encara que aquesta meta tardaria molt temps en aconseguir-se, almenys en les zones rurals (35).

L'Assegurança Obligatòria de Maternitat llavors acabava de reforçar la tendència cap a la progressiva institucionalització que estava transformant el procés del part. Aquest al traslladar el part a l'ambient hospitalari, fortament jerarquitzat, va redundar en la pèrdua de protagonisme tant de la matrona com de la pròpia dona. La primera esdevenia una auxiliar del metge, mentre que la segona es convertia en un subjecte passiu en els processos del seu propi part.

El traslladar el part del domicili a les clíniques tenia moltes implicacions. Aquest era un objectiu llargament esperat pels tocòlegs, en les institucions jerarquitzades la resta de personal passava a convertir-se en auxiliar del metge, que exercia el seu poder sense miraments. Aquesta assignació d'auxiliars suposava una tutela i supervisió del treball de la llevadora que inclús deixava de ser autònoma en una de les poques competències que havia pogut conservar després de la incorporació dels homes a l'atenció obstètrico-ginecològica de les dones: el part eutòcic (35).

Per dur a terme el control de l'embaràs, la proposta va ser que els tocòlegs que pertanyessin a la Obra Maternal i Infantil se'ls hi seria assignats dos llevadores que es repartirien equitativament el treball encomanat a aquest. A més de matrones i tocòlegs, serien necessaris altres professionals sanitaris per a completar l'atenció obstètrica: mèdics analistes i infermeres de laboratori, ajudants transfusors, mèdics radiòlegs i infermeres en-carregades dels serveis de radiologia i personal per a les ambulàncies (35).

La resistència que oferien les dones a acudir a les institucions a donar llum es va anar debilitant poc a poc. Les estratègies com l'entrega gratuïta de cistelles i altre tipus de regals a les mares hospitalitzades en les residències de l'Assegurança, i que eren anunciades a la premsa per una major publicitat, van anar fent efecte sobre la voluntat de les dones embarassades, doncs no era fàcil per les famílies obreres renunciar a regals així en una Espanya que estava començant a recuperar-se dels efectes d'una guerra. I per suposat, també va anar arrelant en la població els missatges mèdics que concebien la gestació i el part com situacions de risc. Tot i així, encara havia de passar molt temps perquè el part hospitalari es generalitzés entre la població. Les zones rurals van ser les que més tard van traslladar-se a l'hospital (35).

A mitjans de 1948 el SOE només protegia a un terç de la població espanyola i els llits que disposaven per poder aplicar-lo eren totalment insuficients. Malgrat les dificultats, el procés d'institucionalització va seguir el seu curs, cobrant una especial acceleració en l'etapa desenvolupisme de la dictadura, amb la construcció de les residències sanitàries en les capitals de província, les obres les quals en la seva majoria es van iniciar a partir dels anys cinquanta (5).

Com s'ha pogut veure, el trasllat de l'escenari del naixement de casa a l'hospital a Espanya es va dur a terme molt progressivament i més tard del que sovint es podria imaginar. A finals dels anys 40 el 94'2% dels parts a Espanya encara seguien atenent-se en domicilis (34). Aquest va ser iniciat amb la inauguració de la Casa de Salut de Santa Cristina a Madrid l'any 1924, el qual ja aproximava un model de part institucionalitzat i molt més medicalitzat del que s'havia vist fins aleshores. A l'estar ingressades en una institució les dones deixaven de tenir la comoditat i la llibertat de casa seva, passant a ser sotmeses a les normes de la institució, sovint sense dret a decidir ni a preservar la seva intimitat. Més tard, l'any 1931 amb la instauració de l'Assegurança Obligatòria de Maternitat es va acabar de contribuir a la progressiva institucionalització que estava patint el procés del part.

A Espanya, la institucionalització del part no es va completar de forma generalitzada fins als anys vuitanta del segle XX, i no va ser una cosa uniforme, ja que el procés va estar sotmès a molt diversos avatars, com la pobresa de postguerra, el solapament de les funcions assistencials per part de les diferents institucions, el desenvolupament lent de les assegurances socials, etc. A les institucions destinades tradicionalment a atendre els parts de beneficència, com les Cases de Maternitat, es van unir, després de la guerra, altres com les “Cases de la Mare” de l'Auxili Social, que també atenien dones sense recursos econòmics. Mentre que les dones amb millors possibilitats econòmiques donaven a llum en clíniques privades, o bé en els nous centres que s'anaven construint, o bé en els domicilis (39).

La medicalització i instrumentalització del part es va iniciar abans de la seva institucionalització. Els parts domiciliaris també incloïen elements mecànics, com el fòrceps de la família Chamberlen i altres posteriors, o farmacològics, com l'ús (o abús) dels derivats de la banya de sègol utilitzat ja al començament del segle XIX per a accelerar el part. Hi havia una gran por entre els obstetres a les anomenades distòcies dinàmiques, per les quals el part s'alentia o s'aturava, el qual podia desencadenar a la temuda hipòxia fetal. La conseqüència lògica a aquesta por era intentar escurçar la durada dels períodes de dilatació i expulsió fetal recurrent als més variats mecanismes (39).

Si escurçar la fase de dilatació era important per als qui atenien el part a domicili, anés o no per causes mèdiques, en el medi hospitalari es van afegir problemes logístics com disposar de la plantilla necessària per a cobrir el servei. Llavors i ara, és difícil estimar el nombre de parts diaris que hi haurà en un hospital amb un cert grau de certesa, per la qual cosa una pràctica hospitalària consistia a accelerar el procés per a evitar situacions d'acumulació de treball difícils de gestionar (39).

Els mètodes utilitzats per accelerar el part (la banya de sègol primer, els preparats post-hipofisiaris i l'oxitocina sintètica després) implicaven, en gran mesura, un augment del dolor entre les dones. Per tant, una de les grans conseqüències de l'escurçament medicamentós dels parts, va ser l'ús generalitzat d'analgèsics i anestèsics a les parteres que, a la vegada, podien produir una relaxació uterina que calia compensar amb l'administració de més oxitòcics. Provocant el que avui dia coneixem com a “cascada d'intervencions” en la qual una intervenció, sovint innecessària, condueix a la necessitat d'aplicar una nova intervenció, i així successivament (39).

Abans d'aquesta generalització de l'ús d'anestèsics en l'àmbit obstètric, el dolor del part s'intentava minimitzar, entre altres mesures, amb l'acompanyament. Com ja s'ha comentat amb anterioritat, el part domiciliari es convertia en un esdeveniment social al qual concorrien no sols professionals, sinó un nombre variable de persones de l'entorn íntim de la mare. Aquest acompanyament familiar desapareixia en els entorns clínics. Com s'ha vist, una de les primeres mesures defensives que van incorporar les maternitats en els seus reglaments va ser restringir la presència de persones alienes, que podien posar en qüestió l'actuació professional, fent ús d'arguments de tipus higiènic (39).

Poques persones es van atrevir a qüestionar aquestes pràctiques anestèsiques, però persones com José Botella Llusia (1912-2002), un dels ginecòlegs més prestigiosos de la època, va expressar la seva conformitat amb evitar el dolor de les contraccions, però li semblava una cosa inadmissible utilitzar qualsevol mitjà per a escurçar el part, ja anés per un oxitòcic o per mitjà del fòrceps, sent taxatiu en la seva qualificació, “aquest part breu i indolor és una monstruositat obstètrica”. Altres professionals com el ginecòleg portuguès Fernando Freitas Simoes (1890-1972) i la llevadora Consuelo Ruiz Vélez-Frías (1914-2005) atribuïen aquesta voluntat de voler

accelerar el part a la poca paciència dels professionals que l'atenien (39). En paraules de Consuelo Ruiz Vélez-Frías:

«En realidad, no sé quién demuestra en el parto más impaciencia, si la parturienta o el profesional que asiste al parto, porque da la casualidad de que todos, o casi todos los inventos, tanto antiguos como modernos relativos al parto, están encaminados a aligerarlo a costa de lo que sea y ni siquiera la eventualidad de que acelerar un parto pueda perjudicar al feto se tiene, generalmente, en cuenta» (39).

Els mètodes tradicionals de controlar l'estat fetal durant el part requerien la presència d'un professional, normalment una matrona, la qual podia usar les seves mans, per a percebre la força i durada de les contraccions, i les seves oïdes per a escoltar la freqüència cardíaca fetal, ja anés amb l'aplicació directa de l'orella o amb l'estetoscopi de Pinard. En tots dos casos, l'única ajuda tècnica utilitzada era un simple rellotge. Tots dos mètodes implicaven el contacte amb la dona de part i per tant una interrelació humana. No obstant això, la ciència positiva va idear mètodes que substituïssin aquestes pràctiques tradicionals de proximitat amb les dones en la seva cerca pel mesurament precís. Amb l'aportació de diverses figures mèdiques es va contribuir finalment al desenvolupament i disseminació mundial del cardiotocògraf (39).

A finals dels anys 70 s'anava fiant el convenciment de que la hipòxia durant el part podia ser origen de molts dèficits neurològics i sensorials en els nounats. Va ser amb la publicació l'any 1978 del "Plan de Prevención de la Subnormalidad" que la tecnologia va desembarcar massivament en els paritoris espanyols. Amb això, els aparells de monitoratge continu que només s'havien destinat a dones que presentaven un risc obstètric, poc a poc es va anar generalitzant entre totes les parteres (39).

Amb el monitoratge, desapareixia la necessitat de seguiment directe i continuat de la partera, entrant a l'habitació per a fer "finestres d'auscultació". Les variacions de la Freqüència Cardíaca Fetal (FCF) podien ser escoltades des del control de l'àrea de paritori per les matrones i el personal mèdic de guàrdia. Més tard l'aparició del monitoratge centralitzat, és a dir, la possibilitat dels professionals de veure a distància i en una pantalla, de manera simultània, els registres de les FCF de totes les dones ingressades, va ajudar encara més a la tecnificació del part. Les tecnologies introduïen la comoditat i la seguretat d'una banda, però la distància i la fredor de la relació per un altre (39).

Amb tot, la medicalització del part s'havia iniciat abans de que aquest s'institucionalitzés en Maternitats i hospitals, però va ser aquest trasllat del domicili a l'hospital el que va precipitar el procés. El moviment que va traslladar el naixement als espais públics, que després conformarien les "ciutats hospitalàries" i les múltiples clíniques de Maternitat, a partir dels anys 70, va afavorir el procés de masculinització del naixement. A partir d'aquí, l'atenció al part, inevitablement va anar unit a la medicalització, tecnificació i el desenvolupament tecnològic a favor del control de l'"embaràs i el part potencialment d'alt risc" i l'"evitació del dolor" (28).

Com a conseqüència d'aquesta institucionalització, i per tant, de masculinització del naixement, les llevadores en el segle XX ja no van ser educades per al naixement com a construcció cultural femenina, dins de l'esfera privada: si volien sobreviure, havien de reconèixer i aprendre una nova identitat cultural, associada a aquesta representació androcèntrica del naixement. Això va suposar, que s'eliminés o modifiqués el seu paper enfront del procés reproductiu, que fins al moment tenien aquestes dones ajudant a altres dones. L'opressió de les matrones no es va visibilitzar, ni va suposar una rebel·lió de manera ostensible, sinó que es va manifestar en forma d'exclusió. A les llevadores se les va invisibilitzar, i se'ls hi va atorgar un paper secundari (28).

Només algunes semblaven preocupades pel rumb deshumanitzat de la tecnificació de l'assistència al part. Així ho manifestava, en 1979, Consuelo Ruiz Vélez-Fredes, distanciant-se d'una relació i una pràctica marcades pel model que imposava el consumisme (39):

«Sí, amigas mías, os pido que entonéis un réquiem por nuestra querida profesión y, si no fuera pedir gollerías, si no se tratara quizá de cosas imposibles, os pediría también que, en medio de tanta ciencia y de tanta organización, nos esforzáramos porque el acto de dar vida a un nuevo ser no se deshumanice, por defender hasta donde las fuerzas nos alcancen la carga emocional y emotiva de un parto, porque, aun en la más ínfima función que nos toque en suerte en el trabajo de equipo, no olvidemos que el parto es un hecho trascendental, que no es lo mismo tener un hijo que procurarse un mueble o un vestido, que las mujeres necesitan al dar a luz algo más que atenciones médicas» (39).

No seria fins a mitjans dels anys 80 que vindria una corrent que reclamava un part més humanitzat com a crítica cap a les praxis de la biomedicina en els processos reproductius, reivindicant les capacitats biològiques de les dones per a donar a llum sense ingerència biomèdica (40), però això ho parlarem més endavant.

5.4 PROFESSIONALITZACIÓ DE LES LLEVADORES (SEGLE XX)

Com s'ha vist, durant la primera meitat del segle XX, s'inicia un procés de transformació en l'atenció mèdica enfront de la reproducció i més concretament enfront de l'assistència al part. La inclusió dels metges tocòlegs en l'atenció al naixement fisiològic, la medicalització per al control i maneig del "part segur", la patologització del cos femení i de l'embaràs en si, van provocar una nova construcció cultural enfront del mateix i que les representacions del naixement canviessin. Aquesta nova construcció, es va relacionar cada vegada més, amb aspectes associats a la categoria cultural del masculí. En aquest sentit, va tenir especial rellevància si la tradició havia considerat als tocòlegs i a les llevadores com una professió "masculina o femenina" i l'evolució que ha pres al llarg del temps (28). A partir d'aquí es produiria a Espanya una contínua reestructuració dels estudis de matrona per a adaptar-se a tots els canvis que es produirien tant en l'àmbit sanitari com polític (41).

Tant amb el "Reglament per l'ensenyament de llevadores i practicants" de 1861, que incloïa l'ensenyament per part de professors universitaris i la pràctica en establiments sanitaris, com amb els col·legis de cirurgia amb llevadores i cirurgians a partir del segle XVIII, la proporció d'alumnat en ambdues titulacions era molt desigual. Mentre que cada any es titulaven unes escasses llevadores el nombre de practicants va créixer fins fer-se casi impossible que trobessin establiment on poder fer les pràctiques que exigien el reglament. De nou, l'atenció als parts, una funció biològica que difícilment podien escapar les dones del segle XIX, era vista com una font segura d'ingressos (24).

Practicants veien en l'assistència als parts una font considerable d'ingressos, ja que el seu títol només els autoritzava a exercir la part "merament mecànica i subalterna de la cirurgia", la qual era molt restringida i estava mal remunerada malgrat els excessius costos del seu ensenyament. D'altra banda, l'escassetat de matrones feia que molts pobles no comptessin amb aquesta professional, i els parts fossin assistits per dones sense formació ni titulació. Des de l'any 1870 els practicants venien demanant que se'ls autoritzés a l'assistència de parts normals, factor que se'ls hi denegava al ser aquesta una tasca de dones i els metges opinaven que aquests no es contindrien en els seus justos límits sense envair en casos greus "el terreny dels veritables homes de ciència, els Facultatius" (24).

No va ser fins el 1902 amb un Reial Decret, que es va autoritzar a practicants a assistir a parts normals amb el títol "Practicant autoritzat per l'assistència de parts normals" (3,5,24), amb la

limitació d'exercir la seva professió en poblacions menors a "10.000 ànimes" i sempre amb l'autorització prèvia del metge titular. Un cop aconseguit el seu primer objectiu, aquests van intentar ampliar el seu radi d'acció, reclamant el dret a assistir parts normals a totes les poblacions. De nou se'ls hi va denegar ja que al ser ells homes, "no tenien la moderació que sí posseïen les llevadores" i que propiciava a que no sol·licitessin ajuda del metge a temps en els parts que de bon inici fossin anormals o es tornessin distòcics (24).

Donat a que els practicants envaïen el terreny d'actuació de les llevadores, aquestes van optar per invertir la situació sol·licitant que els seus estudis fossin convalidats pels de practicants. Si més no, la Reial Ordre del 15 de maig de 1928 recollia la impossibilitat de realitzar tal commutació ni total ni parcial, al·legant que tant els coneixements bàsics com la finalitat d'ambdues carreres eren diferents (24,37). A més, es deixava constància que el programa de formació dels practicants incloïa components mèdics i quirúrgics generals no considerats en el programa de llevadores, la qual cosa obligava a realitzar pràctiques a les clíniques quirúrgiques, mentre que les llevadores estaven "simplement obligades a prestar assistència pràctica a les clíniques de maternitat" (37).

El primer "Reglament per a l'ensenyament de Practicants i Matrones" d'aquest segle, que venia substituint el de 1888, va ser publicat l'any 1904 (3,5,8,11,29). Aquest malgrat seguir mostrant clars signes de discriminació per gènere, com per exemple la diferència en el requisit d'edat mínima per accedir als estudis (16 anys als practicants i 23 a les llevadores), permetia l'accés a la formació de practicants a les dones per primer cop (5,7,24), segurament com a compensació d'haver acceptat als practicants a assistir parts normals dos anys abans (5,24). Aquest no canviava gaire als reglaments anteriors, però feia menció especial a l'adquisició de coneixements d'higiene, asèpsia i antisèpsia, els quals no apareixien en el de 1888 (5).

L'any 1891 s'havia aprovat un Reglament per al servei benèfic sanitari dels pobles, però aquest no tenia en compte a les llevadores com a part de la plantilla que s'ocuparia de la salut de les famílies pobres dels municipis (5). Això canviaria l'any 1925, on amb el Reglament de Sanitat Municipal s'establia que en cada partit mèdic hi hauria un servei municipal de matrones per a atendre, gratuïtament, a les dones pobres que no pertanyien a una mútua o no podien fer-se càrrec de pagar a una matrona. Aquesta cobraria un sou que calcularia en relació amb el del metge titular, sent un 20% del qual guanyava aquest i la matrona quedava absolutament subordinada a les decisions que aquest prenguéss (5,42):

«La función de las Matronas será exclusivamente la de asistencia a partos normales, y como la condición fisiológica de estos solo puede ser determinada por los Médicos, la intervención de las Matronas estará siempre supeditada a la indicación previa del facultativo encargado de la asistencia» (5).

Així mateix, la normativa establia que quan estigués vacant la plaça de matrona titular d'una localitat, el practicante titular, si estava capacitat per a l'assistència a parts normals, podia assumir totes dues places de manera interina i cobrar la meitat del sou equivalent al salari de la matrona titular a més del seu propi salari. Es tractava d'un cas clar de discriminació, ja que en el cas contrari, és a dir, quan la plaça vacant era la de practicante, la matrona titular no podia exercir-la tret que tinguessin la corresponent titulació (5).

L'any 1926, dos anys després de la inauguració de la Casa de Salut de Santa Cristina i la seva escola de llevadores, s'establia l'obligatorietat de posseir el títol de "Bachiller" elemental als aspirants de les carreres de llevadora i practicante. Aquesta va ser molt ben acollida pel col·lectiu de llevadores al suposar una ampliació dels coneixements previs requerits al Reglament de 1904 per a realitzar els estudis (5).

Durant la Dictadura de Primo de Rivera, l'any 1928, un Real Decret reuniria els requisits que havien de reunir els establiments d'Escoles de Llevadores i els plans d'estudi per obtenir el títol (5,8,11,37). Aquest proposava com a centre d'ensenyaments tots els centres on s'atenguessin parts, com les cases de maternitat, revocant així la prohibició de 1862. Si més no, també tractava d'ampliar l'espectre de persones que podien atendre a parts i poguessin atendre de caritat a familiars i dones pobres, tasca fins aleshores pròpia de llevadores. Aquesta, en el fons era una manera de perpetuar el rol de les dones en la societat com a cuidadores desinteressades, en contraposició a la dona de coneixements científics i remunerada com a tal; debat que mai s'havia tingut amb els professionals sanitaris homes. La formació de llevadora proposada seguia sent substancialment la mateixa, una duració de dos anys, durant el qual havien d'assistir un mínim de cent parts (5,36).

Des d'inicis de segle aconseguir la col·legiació obligatòria havia estat un objectiu prioritari pel col·lectiu de llevadores. Existia la convicció entre la comunitat que aquesta suposaria la fi de l'intrusisme que patien, encara que, com podrien comprovar amb el pas del temps, l'única cosa que va acabar amb aquest problema va ser el procés d'institucionalització del part (5). Els motius que les autoritats venien esgrimint per a justificar la seva denegació, tant dels col·legis de practicants com els de matrones, tenien a veure amb la mentalitat de l'època, ja que les funcions dels uns i les altres no estaven prou perfilades per a separar-se de la medicina, de la qual eren una professió auxiliar (7). Fins 1930, any en què per fi es va aprovar mitjançant una Reial Ordre la col·legiació oficial obligatòria (5,7), els col·lectius de matrones que es van anar establint en diferents províncies van funcionar com a associacions sense caràcter institucional (5).

L'any 1929, després del "I Congrés Nacional de Llevadores Espanyoles" celebrat a Madrid, es va sol·licitar a les autoritats la col·legiació obligatòria per a llevadores. La petició es duia a terme en un molt bon moment, doncs aleshores s'estava organitzant l'inici de l'Assegurança Obligatòria de Maternitat, i els col·legis s'havien de transformar en un element important a la hora de negociar aspectes fonamentals d'aquest. Com que les autoritats necessitaven regular i controlar les professionals que donarien assistència al part de les dones que formaven part del SOM, se'ls hi va haver d'aprovar la col·legiació obligatòria. Aquesta, malgrat haver sigut aprovada no tant per satisfer els desitjos de les llevadores, sinó per interessos estratègics de les autoritats, va suposar assolir un objectiu que venien perseguint des de feia dècades (42).

La II República espanyola, proclamada el 14 d'abril de 1931, suposaria un període de profunds avanços socials per a les dones en general, i per a les llevadores en particular (5). Diverses mesures legislatives que es van prendre en aquest període van repercutir d'una forma o l'altra en el col·lectiu "matronil". Iniciatives com la posada en marxa de l'Assegurança Obligatòria de Maternitat o la creació de la Secció Femenina Auxiliar del cos de Presons van contribuir a millorar molt les perspectives professionals de les llevadores de l'època. A més, l'assoliment del vot femení va possibilitar que algunes d'aquestes professionals s'involucressin en política, arribant fins i tot a ocupar càrrec en governs locals (5,42). Un exemple és Quitèria Tarragó Casellas, la primera dona regidora de Terrassa, la qual al finalitzar el conflicte, va ser sotmesa a un consell de guerra i va ser condemnada a una pena de quinze anys de reclusió major (5).

Les dones, i per consegüent les llevadores, que van viure i van patir les conseqüències de la Guerra Civil s'han vist sotmeses a un doble anonimat: l'anonimat que va caracteritzar al propi conflicte i que va produir el milers de morts enterrats en fosses comunes, i l'anonimat que secularment han sofert les dones en la història de la majoria de les societats occidentals en general, i en la història d'Espanya en particular (43). Durant la guerra civil diverses llevadores van ser assassinades, i no com a víctimes col·laterals, sinó com a objectius directes de la repressió. De les localitzades nou van morir com a conseqüència de la repressió del bàndol

revoltat i una per culpa de l'exèrcit republicà, mentre formava part d'un escut humà format per votants de la dreta (5).

Com va passar amb la majoria de la població, les llevadores que no van ser perseguides o assassinades durant la Guerra Civil van veure profundament alterades les seves vides, tant en l'àmbit personal com en el professional. Moltes d'elles disposaven de doble titulació universitària —com a matrona i “practicanta”—, i en alguns casos també del títol d'infermera. Davant el context bèl·lic, algunes van haver de deixar temporalment l'atenció al part per dedicar-se a tasques pròpies del rol de “practicanta”. En aquesta situació va influir, d'una banda, la urgent necessitat de personal sanitari en els nombrosos hospitals de sang que es van habilitar amb l'inici del conflicte. De l'altra, la dificultat i el risc que suposava desplaçar-se per assistir parts a domicili —especialment de nit o en zones greument afectades per la guerra, com Madrid— va fer inviable, en molts casos, continuar exercint com a llevadores en condicions de seguretat (43).

Després de la guerra civil, moltes dones van ser jutjades i condemnades simplement per ser familiars o amigues d'«elements sospitosos» per al nou règim polític. En el cas de les matrones, però, la repressió es va exercir majoritàriament perquè elles van prendre part activa en el conflicte. De fet, nombroses acusacions recollien que els fets pels quals se les condemnava havien tingut lloc en l'exercici de la seva professió. A més, la seva pertinença a partits o sindicats d'esquerres va ser una altra dels motius pel qual algunes de les matrones es van convertir en víctimes directes de la repressió de la postguerra (43).

A finals dels anys trenta del segle XX, les matrones constituïen l'únic col·lectiu exclusivament femení que, de manera generalitzada, superava els nivells d'estudis de la població general. Igual que els i les mestres, eren percebudes pel règim franquista com a figures potencialment perilloses a causa de la seva capacitat d'influència. En el cas de les matrones, aquesta influència es projectava sobre la salut sexual i reproductiva de les dones, un àmbit especialment sensible dins del model moral i social imposat pel franquisme. A més, trencaven amb l'arquetip de dona submissa promogut pel patriarcat: exercien una professió independent, disposaven de recursos econòmics propis i, en molts casos, no vivien sota la dependència d'un marit. Algunes de les matrones documentades víctimes de la guerra civil eren solteres o estaven divorciades. Altres, a causa de la possibilitat d'estar associades a pràctiques com l'avortament o el control de la natalitat, eren considerades encara més nocives per a la regeneració moral i demogràfica buscada per l'Espanya franquista (42,43).

Les llevadores van seguir formant-se de manera independent fins mitjans del segle XX. Va ser llavors quan els poders polítics van prendre la decisió que resultaria una gran pèrdua per les llevadores: la seva desaparició com a estudis independents. Ja des de l'any 1861 amb l'aprovació del “Reglament per a l'ensenyament de Practicants i Matrones” es venia unint ambdues professions en el bloc de professions auxiliars, però un tercer grup s'uniria al panorama sanitari espanyol, es tractava de les infermeres, que van aconseguir ser reconegudes com a professió l'any 1915 (5). La Llei de Sanitat Nacional que va sortir a la llum l'any 1944 establia la unificació d'aquestes professions; aquesta disposava que en cada província hi hagués un Col·legi Oficial d'Auxiliars Sanitaris que acollissin Practicants, llevadores i infermeres, amb la seva col·legiació obligatòria (4,7,10,17). Aquesta suposava un preàmbul a la unificació final que patirien els seus estudis.

La carrera de llevadora es mantindria com a carrera independent fins el 1953, quan per Reial Decret del 4 de Desembre de 1953 s'unificaven els estudis de Practicants, Infermeres i Llevadores en un projecte únic: Ajudant Tècnic Sanitari (ATS) (5,8,11,18,24,37). Realment, els que es van unificar van ser practicants i infermeres, ja que la carrera de llevadora, la primera

que havien pogut cursar les dones, va desaparèixer per convertir-se en una especialització de la nova titulació d'ATS (5). S'establí també que els ATS femenins i masculins havien de cursar per separat i que les primeres es fessin en règim d'internat (5,8,11,18).

Pot semblar sorprenent un canvi d'opinió tan brusc en tan breu termini de temps, doncs l'any 1928 es venia denegant la commutació del títol de llevadora pel de practicant era impossible ja que "tant els coneixements bàsics com la finalitat d'ambdues carreres eren diferents", però la veritat és que la idea de reunir totes les professions era una idea que ja portava temps gestant-se al cap d'algunes persones interessades, entre les quals no estaven ni les matrones ni les infermeres (5).

D'una banda, ens trobem amb diverses manifestacions per part de ginecòlegs favorables a la desaparició de la carrera de matrona i la seva substitució per «infermeres obstètriques», formades específicament per la submissió i l'acatament a les ordres mèdiques. Ja des de l'any 1925 el doctor José Torre Blanco expressava en el pròleg del seu llibre, que precisament anava adreçat a la formació de llevadores, el "Manual de obstetrícia para matronas" (5):

«Hemos sostenido y sostenemos que la carrera de matrona debe suprimirse [...] nosotros opinamos que sustituyendo a las actuales comadronas deberían existir enfermeras especializadas en obstetricia, las cuales habrían de tener por misión asistir el parto normal, siempre que de esta normalidad respondiera un médico, que en todos los casos habría de llevar la dirección y responsabilidad de la asistencia» (5,28).

La heteroidentitat infermera de començaments del segle XX, es dibuixava a través de les normes legislatives, com una dona encomanada a realitzar labors para-domèstiques enfront de la cura en la malaltia: higiene, suport a l'eliminació, alimentació, vestimenta...etc. La Reial Ordre de 1928, es referia a aquest col·lectiu com "la modesta infermera" i el Reglament de 1945, assenyalava que la infermera era la "auxiliar subalterna del metge i sempre estava a les ordres d'aquest, no tenint en cap moment, per si sola facultat per a exercir la seva comesa". Per tant, es mostra de manera clara, la intenció del doctor Torre Blanco quan advertia sobre la necessitat del canvi en el sobrenom pel de "infermeres especialistes" (28).

I per altra banda teníem els practicants, probablement els més interessats en la unificació de les professions, ja que veien amb aprensió com anaven sent substituïts, en moltes institucions, per personal d'infermeria. Responent a aquesta preocupació, Juan Córdoba, el president del Consell General de Col·legis Oficials de Practicants, va escriure el 3 de juny de 1953 una carta dirigida a Francisco Franco i que li va ser lliurada a aquest per mediació del ministre secretari de la Falange (5):

«Hasta el momento presente, nada práctico se ha conseguido pese a los buenos deseos de las autoridades y organismos oficiales, y nada se logrará en tanto no se llegue a la delimitación de funciones de las profesiones auxiliares y a la unificación de colegios, cuando no de las profesiones. En nuestro deseo de poner fin al caos producido se ha propuesto oficialmente la unificación de las profesiones de Practicantes, Matronas y Enfermeras, en una sola de Auxiliar Sanitario Único; la idea fue bien acogida, mas nada se ha logrado, pues hay intereses creados y el mal sigue causando daños profundos e irreparables a la Sanidad y a las profesiones» (5).

Els practicants un cop va ser publicada la nova regulació oficial no podien estar més satisfets amb el resultat de les seves intrigues polítiques i per descomptat no van dubtar a atribuir-se el mèrit d'haver aconseguit la unificació de les professions i el nom de la nova titulació (5).

Llavors, la nova titulació d'Ajudants Tècnic Sanitari sorgia de la fusió de dues professions diferenciades: la d'infermera, tradicionalment vinculada a les ordres religioses i centrada en les

cures bàsiques com l'alimentació, la higiene o el descans; i de l'altra, la dels practicants, enfocada en tècniques de cirurgia menor concebuda com una alternativa més econòmica al metge-cirurgià. Paral·lelament, la professió mil·lenària de la llevadora quedava reduïda a una especialitat, que seguia sent exclusivament femenina, i a la que se l'havia anat desposseint de funcions i d'autonomia al llarg dels segles (5).

En un període en la història d'Espanya en el qual encara pervivia en l'ensenyament la cultura dels vencedors en la guerra civil, podem donar per fet que encara pervivien criteris diferents per la formació dels ATS masculins amb respecte al de les femenines, tal i com encara en algunes escoles seguia existint el règim obligatori d'internat per les alumnes de les Escoles d'Ajudants Tècnics Sanitaris (ATS) femenines. Entre els ensenyaments femenins hi havia ensenyaments sobre la llar mentre que en els masculins aprenien nocions d'autòpsia medico-legals (5,7).

El col·legi oficial va continuar denominant-se "Col·legi Oficial d'Auxiliars Sanitaris". Després de la instauració dels estudis unificats l'any 1955 i la creació de la qualificació de matrona com a especialitat dins del sistema ATS, la seva col·legiació va passar a ser gestionada per una única entitat però dividida en diferents seccions en funció del gènere: per una banda ATS masculins i practicants; ATS femenines i infermeres per una altra; i finalment les llevadores (7).

L'any 1957, per Reial Decret, es creava l'especialitat d'assistent Obstètrica-Llevadora per les ATS femenines. Per accedir a l'especialitat s'havia de posseir el títol d'ATS femení i tenir menys de 45 anys. Els estudis es realitzarien en règim d'internat i tindrien un any de duració, vuit mesos d'estudis teòric-pràctics i quatre mesos de només pràctiques (3,5,7,11,18). D'aquesta manera els estudis de llevadora quedaven establerts com a especialització d'infermeria (4). No seria fins els anys 80 que s'eliminés la limitació de sexe per poder cursar els estudis de llevadora i es permetria, per tant, l'accés als homes a la professió (3,41). Per Ordre del 23 febrer de 1957 s'aprova el programa per l'ensenyament de la especialitat d'assistència obstètrica (llevadora) per les ATS (11).

La llei de 1957 havia de durar molts anys, no seria fins dos dècades més tard, l'any 1977, quan mitjançant un Reial Decret els estudis d'ATS s'integrarien a les universitats com Escoles Universitàries d'Infermeria, fins el moments existents en les Facultats de Medicina, creant-se així la titulació de diplomada en Infermeria (3,5,7,11). Quan van desaparèixer els estudis d'ATS i es va posar en marxa la Diplomatura Universitària d'Infermeria, ningú es va preocupar per la formació de les matrones, aquesta va seguir en les mateixes condicions que amb l'antiga titulació durant nou llargs anys (5).

En teoria, amb la nova legislació havia de desaparèixer els obstacles que encara hi havia perquè els homes poguessin formar-se com a llevadors. Si més no, no seria fins tres anys més tard que els homes no podrien accedir legalment als estudis (24). L'any 1980, amb l'aprovació del Reial Decret de setembre de 1980, es suprimia la limitació per raó de sexe i gènere als estudis de llevadora, podent accedir per primer cop en la història d'Espanya els homes a la professió de llevadora. Amb aquesta també es derogava els ensenyaments de llevadora en règim d'internat (3,5,7,24).

Malgrat haver superat les barreres legals que suposava el gènere dels aspirants a l'hora de poder matricular-se a la carrera, entre els requisits per l'acceptació com a estudiant s'inclouia una entrevista personal, el mateix s'aplicava per a realitzar l'especialitat de llevadora. Aquest mètode va suposar en no pocs cops situacions d'injustícia i indefensió a l'hora de la selecció dels alumnes. Juanjo Juanas, el primer alumne de l'escola de Llevadores de la Creu Roja de Madrid, va haver d'imposar una reclamació a l'haver-se sentit fortament discriminat per tal de poder accedir als estudis. La cultura patriarcal havia legitimat que els metges de sexe masculí accedissin

als cossos femenins en els seus cicles vitals i lideressin les unitats gineco-obstètriques, però quan un home expressava el desig de ser llevadora, es qüestionaven les seves motivacions, atribuint-li intencions inconfessables... (24).

Quan el Regne d'Espanya es va incorporar a la Unió Europea, l'any 1986, aquest va adquirir el compromís d'adequar el currículum de formació de les llevadores segons les directrius de la comunitat europea 80/154/CEE i 80/155/CEE d'obligat compliment pels països membres (3,5,7). En aquestes s'especificava els requisits per l'homologació de diplomes, s'arribava a una definició comuna de l'àmbit d'actuació de les llevadores, es definien les activitats mínimes per les que havien d'estar facultades i els requisits mínims pels programes de formació (3,7,11,44). En aquesta també es contemplaven dues modalitats de formació: una específica de matrones almenys de 3 anys a temps complet amb accés directe o una formació de matrona després dels estudis de Diplom en Infermeria de 3.600 hores a temps complet, o de 3.000 hores seguides d'un any pràctic (44).

L'any següent, mitjançant el Reial Decret del 4 de juliol de 1987, Espanya creava una llei que regulava les especialitats de Diplom en Infermeria, el qual l'article segon creava la especialitat d'infermeria obstètrica-ginecològica (llevadora). A partir d'aquesta data quedava derogat l'anterior pla d'estudis de matrona (3,11,44), i cessava la seva formació a Espanya degut a que l'antic programa formatiu de 1957 era clarament insuficient com perquè els títols de llevadora expedits poguessin ser homologats per la resta de països de la Unió Europea (3,7,24,44).

La tardança d'Espanya en l'adopció a les directrius establertes en les directives europees va provocar que el Tribunal de Justícia de les Comunitats Europees presentés un recurs contra el Regne d'Espanya l'11 d'Octubre de 1989, per no haver adoptat en els terminis establerts les disposicions necessàries per a ajustar-se a les directrius relatives a l'accés a les activitats de matrona i a l'exercici d'aquestes (3,5,7,24,44).

Això tindria com a resultat el tancament de les Escoles de formació en l'especialitat de matrona, i portaria serioses i nefastes conseqüències per a la professió i en general per a l'atenció en la vida de la dona. Els anys en què van estar tancades aquestes escoles van deixar un buit generacional, acusat greument a nivell assistencial, tant en Atenció Especialitzada, com en Atenció Primària, durant la dècada dels anys 90, arribant fins i tot als primers anys del s. XXI (44).

Finalment, després de cinc anys de la interrupció de la formació de llevadores, mitjançant l'Ordre Ministerial de l'1 de juny de 1992 es va aprovar el Programa de Formació de la nova especialitat, establia els requisits mínims de les unitats docents i el sistema d'accés per a l'obtenció del títol d'infermeria especialista en obstetrícia i ginecologia (llevadora). La durada del programa quedava fixada en dos anys a temps complet amb un total de 3534 hores. L'accés a la formació quedava establert de manera idèntica al qual està en vigor per a totes les especialitats sanitàries, a partir d'un examen estatal i amb un barem de puntuació. Els i les infermeres que aconseguissin plaça de formació realitzarien la mateixa en les diferents unitats docents de l'Estat, esdevenint Infermers/eres Interns/enes Residents (IIR) (3,7,11,41).

En aquest nou model, les matrones tornaven a ser les responsables de la seva pròpia formació, organitzant-se en Unitats Docents, on s'impartiria el programa de les/els residents de matrona. Aquest fet va produir una forta oposició entre els ginecòlegs, que es negaven a perdre el paper preponderant que històricament havien tingut a Espanya en la formació d'aquestes professionals (5):

«Los más prestigiosos jefes de Ginecología de Madrid han denunciado que la Escuela de Matronas que se acaba de inaugurar en el Hospital de La Paz, así como las próximas que se abrirán, carecen del debido rigor en la formación de estas profesionales, al darse la paradoja de

que no hay ni un solo médico ginecólogo como profesor de clases prácticas. De esta forma, las aspirantes a matronas atenderán partos sin la supervisión de un médico» (5).

La incorporació als hospitals de la formació de llevadores, sota el sistema de residència, va ser un procés lent i no exempt de dificultats. El dia 2 d'abril de 1994 va començar la formació de la primera promoció de l'especialitat d'Infermeria Obstètrico-ginecològica (llevadora). Quan aquesta promoció va finalitzar la seva formació, el 31 de març de 1996, feia nou anys que s'havia paralitzat la formació i cap nova llevadora s'havia incorporat al mercat laboral (5).

Aquest buit generacional va comportar serioses i nefastes conseqüències per a la professió i en general per a l'atenció en la vida sexual i reproductiva de la dona (5). A dia d'avui encara s'arrossegueu les seqüeles de gairebé una dècada on van estar tancats els centres formatius de matrones, donat l'escassetat de matrones existents per a cobrir les necessitats assistencials dels serveis sanitaris (20). A l'anar-se jubilant les professionals, les que treballaven en llocs diferents de l'àrea de parts, com consultes i plantes d'embaràs patològic, van ser desplaçades al paritori i substituïdes per infermeres sense l'especialitat. Places que a dia d'avui ha sigut casi impossible tornar a recuperar (5).

L'any 2007 va haver-hi una nova temptativa d'emprendre el camí de la carrera independent de matrona, però la falta de matrones amb el títol de doctora va fer que es descartés de moment (5).

5.5 HUMANITZACIÓ DEL PART I AUTONOMIA PROFESSIONAL (PRESENT I FUTUR)

El part és un procés fisiològic de la dona, influenciat pel context social, cultural i històric. Com s'ha vist, a Espanya fins als anys setanta la majoria de parts es feien a casa, amb l'assistència d'una llevadora i envoltats dels familiars pròxims. Aquest entorn familiar ofería a la dona més autonomia, tranquil·litat i contacte immediat amb el nadó. Tot i això, alguns parts presentaven complicacions que requerien una atenció més especialitzada (45).

A començaments del segle XX, un dels principals problemes que afectaven Espanya era l'elevadíssima mortalitat infantil, amb una taxa al voltant del 172 per mil, la més alta de tot Europa. També la mortalitat materna presentava xifres alarmants, com a conseqüència del gran nombre de parts que patien els cossos de les dones, les precàries condicions sanitàries —amb manca d'aigua potable i d'infraestructures per a l'eliminació de residus fecals— i una assistència al part sovint proporcionada per dones sense titulació. La majoria d'aquestes no disposaven de cap formació en mesures bàsiques d'higiene, fet que contribuïa a la propagació de la septicèmia puerperal, principal causa de mort materna en aquell període (7).

Al llarg del segle, les millores en les condicions d'asèpsia, el descobriment dels microorganismes i els antibiòtics, van fer que els hospitals es consideressin llocs segurs per atendre els parts, justificant-se amb millores en seguretat i resultats obstètrics (46). Els avanços científics i tècnics que es van dur a terme van contribuir a reduir la mortalitat maternoinfantil, van permetre un major control de l'estat fetal mitjançant el monitoratge, i van generalitzar l'ús dels partogrames com a eina de registre. Tanmateix, a mesura que avançava el segle, la medicina incrementava la seva implicació en la salut de les dones, generant sovint una sensació de pèrdua de control sobre les funcions naturals del seu propi cos, com a conseqüència d'una atenció cada vegada més medicalitzada i intervencionista (47).

Progressivament, es va instaurar una direcció mèdica sistemàtica del part, amb la incorporació d'intervencions sovint mancades d'evidència sòlida sobre la seva seguretat i eficàcia. Aquestes

pràctiques es van convertir en rutines habituals, fins i tot en parts de dones sanes i sense complicacions. El poder del personal sanitari va situar la maternitat dins d'un model biomèdic i paternalista que, malgrat contribuir a la reducció de la morbi-mortalitat materna i neonatal, va invisibilitzar l'impacte emocional del part en la dona, la seva adaptació a la maternitat i l'establiment del vincle precoç amb el nadó (45).

A mitjans de la dècada dels 70 es va desenvolupar una confrontació important a Europa i els Estats Units entre la societat i els obstetres, deixant així pas a l'escolta femenina; aquests anys poden destacar-se pel començament d'un nou paradigma (47). Si més no, la implementació del "Pla de Prevenció de les Minusvalideses" a Espanya a finals dels anys setanta va fer que la repercussió de la corrent d'humanització del part al nostre país passés pràcticament desapercibuda (39).

L'any 1977, el psiquiatre estatunidenc George L. Engel (1913-1999) publicava un article a Science, sobre la necessitat de canviar el model biomèdic, que s'havia imposat al llarg del segle XX, per un abordatge bio-psicosocial, més holístic i integrador de tots els aspectes que poden afectar la salut humana. L'article va tenir una repercussió inusitada en el marc d'un corrent internacional d'humanització mèdica que reclamava la sensatesa en l'ús de la tecnologia. Al 1979, Caldeyro Barcia, un dels "responsables" de la tecnificació de l'assistència obstètrica, es mostrava consternat pel rumb dogmàtic que estava prenent l'obstetrícia (39):

«La forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años, sin haber realizado un análisis científico y objetivo de sus ventajas en inconvenientes. Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del obstetra» (39).

Caldeyro responsabilitzava als obstetres l'introducció de la posició horitzontal en el part per a la seva pròpia comoditat i per a poder aplicar el fòrceps amb més facilitat. Recomanava evitar la realització rutinària de pràctiques com l'amniotomia precoç, l'acceleració del part amb oxitocina, els "pujos" a glotis tancada (deixant anar l'aire en empènyer), o la sedació i analgèsia obstètrica rutinàries. Malgrat aquestes recomanacions, a principis del segle XXI en molts paritoris espanyols les pràctiques no recomanades per Caldeyro continuaven sent la norma (39).

A conseqüència d'aquest canvi de mentalitat de la dècada dels 70, l'any 1985 a Fortaleza (Brasil) l'OMS va celebrar una conferència on es van establir una sèrie de recomanacions sobre l'ús de la tecnologia apropiada en els parts. Així va sorgir una declaració denominada "El naixement no és una malaltia", que va donar origen al treball futur a favor de la transformació del model d'atenció al part normal (45). D'aquesta van sorgir les primeres recomanacions "Cuidando del parto normal", un manual de part natural on es visibilitzaven mites que justifiquen pràctiques rutinàries en els paritoris com que l'episiotomia prevé esquincaments, la postura natural del part és l'horitzontal o que la cesària és la forma més segura de donar a llum (48).

Anys més tard, al 1993, Brasil va ser pioner amb la creació de la Xarxa per a la humanització del treball de part i el naixement (ReHuNa), la qual promovia l'atenció respectuosa i digna per a les dones durant el part (49). Fent-se eco dels textos previs, el concepte de «part humanitzat» es contempla per primera vegada l'any 2000 en la Conferència Internacional sobre la Humanització del Part celebrada en Ceará i posa l'accent en la humanització de l'atenció biomèdica en els processos reproductius. En aquesta es posa de manifest la transcendental importància d'aquesta nova visió del part (40,50):

“El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la

humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (40,50).

El part humanitzat sorgeix com una crítica al control biomèdic dels cossos de les dones que deriva del seu característic androcentrisme. Exigeix la recuperació d'uns cossos de dona alienats en mans suposadament expertes, cossos mamífers que saben com gestar, parir i lactar (40). Humanitzar el part significa situar la dona que està parint al centre del procés i garantir que sigui ella, i no el personal sanitari, qui prengui les decisions sobre el que ha d'ocórrer (50).

En el part medicalitzat el metge té sempre el control, mentre que en un part humanitzat, és la dona qui assumeix el protagonisme i té el control sobre el seu propi procés de part i tot allò que l'afecta. En l'entorn hospitalari, cap pacient disposa d'un control absolut. Oferir a les dones la possibilitat d'escollir entre determinats procediments dins de l'atenció materna no significa cedir el control, ja que són els metges qui estableixen les opcions disponibles i, en última instància, decideixen si es respectarà o no l'elecció de la dona (51).

La violència és incompatible amb el respecte, i viceversa. Com s'ha vist, el model biomèdic d'atenció al part és inherentment un model violent; per tant, segons aquesta relació, un part sense violència seria equivalent a un part respectat, un part allunyat d'aquest model. Així doncs, en un part respectat no hi ha lloc per a la violència obstètrica, de manera que es pot afirmar que la lluita pel respecte durant el part és inseparable de la lluita contra aquesta violència (52).

Tot i ja ser citat en registres del segle XIX, el concepte de violència obstètrica només ha començat a guanyar popularitat recentment entre els moviments activistes pel part a l'Amèrica Llatina. El terme “violència obstètrica” irromp en l'àmbit de la salut pública a principis del segle XXI, quan l'any 2007 l'Assemblea Nacional de la República Bolivariana de Veneçuela n'incorpora la definició a la Llei Orgànica sobre el Dret de les Dones a una Vida Lliure de Violència (52,53):

«Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres» (52,53).

En l'article 51 especifica els actes que constitueixen violència obstètrica: l'atenció inoportuna i ineficaç davant emergències obstètriques; obligar la dona a parir en posició supina i amb les cames aixecades, existint els mitjans necessaris per a la realització del part vertical; impedir el vincle precoç entre el nadó i la seva mare sense causa mèdica justificada, negant-li la possibilitat de carregar-lo i alletar-lo immediatament en néixer; alterar el procés natural del part de baix risc mitjançant l'ús de tècniques d'acceleració; practicar el part per via de cesària, existint condicions per al part natural, sense obtenir el consentiment voluntari, exprés i informat de la dona (49,52).

Veneçuela va alçar la veu davant del món en aprovar el que va ser la primera llei contra la violència obstètrica. Després de Veneçuela, diversos països llatinoamericans, en un procés clarament pioner que mereix un reconeixement sincer, van començar a desenvolupar i aplicar lleis contra la violència obstètrica. En contraposició, a Espanya en particular i a Europa en general, es segueix posant en dubte la simple existència de tal violència: l'any 2020, el Comitè de les Nacions Unides per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona (CEDAW), considerat el tractat de drets humans més rellevant per a les dones, va condemnar Espanya “per no haver actuat amb la diligència necessària per protegir els drets d'una dona i la seva filla a una atenció obstètrica de qualitat i lliure de violència” (54).

Davant l'augment de les denúncies ciutadanes i dels moviments socials que visibilitzen la violència obstètrica, l'any 2021 el president del Col·legi de Metges de Madrid, Martínez-Sellés, va declarar en un programa de televisió en horari de màxima audiència: "Me preocupa que se pueda generar una situación de desconfianza médico-paciente [...] Creo que es un error que esto nos lleve a hablar de violencia obstétrica". En altres paraules, aquest representant públic i responsable institucional va negar de manera explícita l'existència del concepte de violència obstètrica. Aquesta postura, evidentment, no va quedar en una simple opinió, sinó que es va concretar en un comunicat oficial crític emès per la Comissió de Deontologia del mateix Col·legi de Metges de Madrid. La violència obstètrica té a veure amb la política, però també amb el poder de posar nom: amb el nom que donem a les coses —a les realitats, als fenòmens— i, en conseqüència, amb la manera com les reconeixem. El que no es nombra no existeix (54).

Només molt recentment a Europa, Catalunya s'ha posicionat com a precursora al legislar específicament sobre la violència obstètrica, tot i les nombroses reticències per part del col·lectiu mèdic (54). La llei 17/2020 del 22 de desembre, en l'article 4 apartat "d" (55) defineix la violència obstètrica i reconeix que aquesta pot afectar la salut física, mental, sexual i reproductiva de les dones, especificant que inclou accions com impedir o dificultar l'accés a informació veraç i necessària per a una presa de decisions autònoma i informada (54).

És fonamental analitzar la violència obstètrica de manera diferenciada respecte d'altres formes de violència mèdica, reconeixent les diferències entre el maltractament a les dones durant el part i el maltractament generalitzat a les persones ingressades. La violència obstètrica presenta característiques específiques que reclamen una anàlisi pròpia: és una qüestió feminista, una forma de violència de gènere; les dones que pareixen són, en general, persones sanes i no pacients amb una patologia; i el part pot entendre's com un esdeveniment de caràcter sexual, fet pel qual la violència obstètrica sovint es viu i s'interpreta com una forma de violació (49).

La biomedicina és un sistema social i cultural, una construcció històrica complexa amb un conjunt coherent de creences, normes i pràctiques internes, que respon i alhora reproduceix les ideologies de gènere a través de les professions sanitàries, el sistema legal i l'Estat. Tanmateix, la cultura biomèdica ha estat tradicionalment ignorada. El poder de la biomedicina dins els sistemes de salut és un element tan estès com no nomenat, i la seva hegemonia sovint esborra la necessitat de fer-ne explícita la presència. Com s'ha vist, el concepte violència obstètrica ha entrat en les agendes feministes i de les polítiques públiques, però ha estat majoritàriament ignorada per part dels professionals i les institucions (49).

Una de les raons per les quals el terme "violència obstètrica" no està més estès és que els professionals de la salut solen resistir-se a l'ús del concepte de "violència", ja que contradiu l'ètica i els valors de la seva professió (49). Reconèixer que la violència obstètrica existeix implica acceptar la possibilitat d'haver-la exercida, idea inconcebible per a la majoria de persones (56). Això va portar que l'any 1993 ReHuNa, al Brasil, decidís de manera deliberada no parlar obertament de violència durant els anys noranta, i optar en canvi per expressions com "humanització del part" o "promoció dels drets humans de les dones" (49).

Això reforça la necessitat d'una anàlisi més àmplia, centrada en les dimensions culturals i socials que formen part del fenomen de la violència obstètrica, i que permeti desplaçar-se d'un enfocament limitat en les víctimes (les dones) i els victimaris (els professionals sanitaris), cap al reconeixement de la socialització generalitzada —tant d'homes com de dones— en formes de violència i dinàmiques de poder naturalitzades, i per tant invisibilitzades, entre grups. Cal fer visibles les estructures de poder que s'integren i es reproduïen dins la biomedicina (49).

Als inicis de l'obstetrícia, la professió mèdica masculina considerava la fisonomia i la fisiologia masculina com la norma, cosa que va tenir repercussions particulars en l'establiment d'aquesta especialitat mèdica, en la professionalització de les llevadores i en la salut de les dones. Com a conseqüència, el cos femení i els seus processos naturals van ser —i continuen sent— representats com anormalitats, malalties o desviacions. Tant els discursos professionals com els populars que fan referència al *diagnòstic* de l'embaràs, als seus *síntomes* o al retorn de la dona embarassada a un estat "*normal*" després del part són alguns dels indicadors subtils d'aquesta normalització masculina (49).

Tot i els avenços en l'àmbit de la salut materna, en la majoria de centres a Espanya encara falta un llarg camí per arribar a una veritable humanització del part. Els professionals que assisteixen els parts —ja siguin metges, llevadores o infermeres— i que han adquirit tota la seva experiència en entorns hospitalaris marcats per un alt nivell d'intervencionisme i medicalització, sovint són incapaços de percebre l'impacte profund que tenen les seves intervencions en l'experiència del part. Aquests professionals desconeixen com és un part desenvolupat de manera natural, sense interferències, i, per tant, no poden reconèixer que estan participant en un model deshumanitzat. Aquesta incapacitat generalitzada per identificar què constitueix un part fisiològic i humanitzat ha estat recollida per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (51):

«Mitjançant la medicalització del part, per exemple, separant a una dona del seu propi ambient i envoltant-la amb gent estranya, utilitzant màquines estranyes per a fer-li coses estranyes en un esforç per assistir-la, l'estat mental i físic de la dona està tan alterat que la forma en la qual porta endavant aquesta acte tan íntim deu també alterar-se i de manera paral·lela l'estat del nounat serà alterat. El resultat és que no és possible saber com podrien haver estat els parts abans d'aquestes manipulacions. La majoria de les persones que es dediquen a assistir el part desconeixen què és un part no medicalitzat. Tota l'obstetrícia moderna i literatura neonatal està basada essencialment en l'observació d'un part medicalitzat» OMS (51).

El part i el naixement són funcions del sistema nerviós autònom i per tant estan fora del control conscient. Per consegüent hi ha, en principi, dos enfocaments d'assistir en el part: treballar amb la dona per a facilitar les seves pròpies respostes autònomes —part humanitzat—; anul·lar la biologia i sobreposar controls externs mitjançant intervencions com ara fàrmacs i procediments quirúrgics —part medicalitzat— (51).

Alguns obstetres sovint mostren una fe cega en la tecnologia, assumint el mantra segons el qual tecnologia equival a progrés i modernitat. L'altre costat de la moneda és la falta de fe en la naturalesa, resumit en paraules d'un obstetre canadenc: "la naturalesa és un mal obstetre". Així la idea és conquerir la naturalesa, aplicant intervencions tecnològiques per a millorar-la tot i no haver estat sotmeses a una avaluació científica rigorosa, donant a lloc a nombrosos intents fallits durant el segle XX d'"optimitzar" l'evolució biològica i social (51):

«Els metges van reemplaçar a les matrones en els parts de baix risc, després la ciència va provar que les matrones són més segures. Els hospitals van reemplaçar a les cases per a naixements amb baixos riscos, llavors la ciència va provar que la casa era igual de segura amb moltes menys intervencions innecessàries. El personal de l'hospital va reemplaçar a la família com a suport en el part, llavors la ciència va provar que el part és més segur si la família és present. La litotomia va reemplaçar les posicions verticals en el naixement, llavors la ciència va provar que les posicions verticals són més segures. Els exàmens als nounats lluny de les seves mares en els primers 20 minuts van reemplaçar el deixar als bebès amb les seves mares, llavors la ciència va provar la necessitat d'unió materna durant aquest temps. La llet artificial va reemplaçar la llet materna, llavors la ciència va provar que la llet materna és millor. Els nius van reemplaçar a la mare, llavors la ciència va provar que és millor que mare i fill estiguin en la mateixa habitació. Si més metges presenciessin un terratrèmol o una erupció volcànica, s'adonarien que les seves idees de controlar la naturalesa són grandioses i ridícules» Wagner M (51).

La màxima expressió de la medicalització i deshumanització del part és la pràctica de la cesària innecessària, en què el control recau exclusivament en el cirurgià i la dona perd completament el protagonisme sobre el seu propi part. Si bé la cesària pot ser una intervenció vital que salva vides, no existeix evidència que l'increment de les seves taxes durant les últimes dues dècades hagi millorat els resultats obstètrics. A mesura que les indicacions per realitzar cesàries s'amplien i augmenten les seves taxes, el nombre de vides salvades en proporció a les intervencions realitzades disminueix. Tanmateix, els riscos associats a aquesta cirurgia major no es redueixen amb la seva major freqüència (51).

Un estudi de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) indica que les taxes més baixes de mortalitat materna es registren en països amb una taxa de cesàries situada entre el 10% i el 15%. Quan aquesta taxa supera aquest llinyar (51)—com succeeix a Espanya, on el 2023 es va situar en el 26,49% (57)—, la mortalitat materna tendeix a augmentar. A més, s'han identificat diversos riscos associats a la cesària tant per a la mare com per al nadó, no només en el part actual, sinó també en embarassos futurs, el que posa de manifest les conseqüències d'aquesta intervenció quan no està clínicament justificada (51).

Quan l'atenció al part queda principalment en mans dels metges i les matrones són relegades, com ha succeït a Espanya, s'observen taxes més elevades de cesàries. Diversos estudis han demostrat que, quan les llevadores atenen parts de baix risc, es registren menors taxes d'intervencions obstètriques en comparació amb les atencions liderades per metges en dones amb el mateix perfil de risc. Aquest fenomen no és casual: països com els Estats Units, el Canadà o el Brasil urbà —on els ginecòlegs assisteixen la majoria de parts normals i la presència de llevadores és escassa— presenten algunes de les taxes de cesàries més altes del món (51).

La “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal”, publicada pel Ministeri de Sanitat l'any 2010, recull nou estudis que analitzen la satisfacció materna mitjançant diferents dimensions de l'experiència del naixement. Les evidències disponibles, valorades amb un grau de Recomanació A, indiquen que l'atenció proporcionada per matrones durant l'embaràs, el part i el puerperi ofereix majors beneficis en comparació amb altres models mèdics o d'atenció compartida. Aquests beneficis inclouen una menor utilització d'oxitocina, una reducció en la necessitat d'analgèsia local i regional, una disminució de la durada del part, un augment dels parts eutòpics, una menor incidència d'episiotomies i una major taxa de lactància materna exclusiva (45).

L'OMS afirma que la llevadora és la professional més apropiada i econòmica per a ser assignada la cura d'un embaràs i part normal, incloent entre les seves funcions l'establiment dels diferents riscos i el reconeixement de complicacions (58). No obstant això, l'auge de l'obstetrícia com a model dominant d'atenció ha desplaçat a les llevadores com a cuidadores primàries, donant més privilegi a una construcció obstètrica de l'embaràs i el part. Mentre que les llevadores són educades per comprendre i donar suport al naixement fisiològic normal i avaluar i respondre a les desviacions (model de benestar), per contra, els obstetres són educats per avaluar el risc i abordar les preocupacions a través de la gestió clínica activa (model de malaltia) (59).

Ja l'any 1964 el ginecòleg Santiago Dexeus Font posava en manifest la necessitat de la creació de cases de Maternitat a Espanya, centres de naixement dirigits per llevadores on s'oferís atenció a l'embaràs i part a dones sanes, amb embarassos sense complicacions. En diversos països, fa anys que s'han implementat alternatives al part hospitalari dins del sistema públic de salut. Opcions com el part a casa —que en molts llocs mai es va abandonar, a diferència d'Espanya— o les cases de naixement liderades per llevadores, ofereixen entorns on es prioritza el respecte per la fisiologia del part i es crea una atmosfera càlida que en facilita el desenvolupament natural. De manera progressiva, van apareixent iniciatives innovadores,

sovint impulsades per la determinació de les mateixes professionals, com és el cas de les sales de baixa intervenció de l'Hospital Universitari La Plana de València (5).

Catalunya concretament, gràcies a les polítiques impulsades pel Departament de Salut de la Generalitat, és pionera en models d'atenció al part respectuós amb la fisiologia, havent assolit un desenvolupament més avançat que a la resta de l'Estat (5). A Espanya les opcions de llocs on donar a llum ofertes pel sistema nacional de salut es limiten a les unitats obstètriques dels hospitals (60), actualment existeixen únicament dos centres de naixement al país, ambdós inclosos dins de la cartera de serveis de la Generalitat de Catalunya. Aquestes són el Centre de Naixements Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, inaugurat l'any 2017, i el Centre de naixements Casa Laietània, inaugurat al 2021 (60).

Pel que fa al part planificat a casa amb llevadores, encara no es contempla en el sistema públic de salut, malgrat sí existeixen serveis privats de llevadores i grups de llevadores que ho ofereixen. Aquest ha demostrat ser una opció vàlida i segura per les dones amb embarassos sense complicacions el qual assegura una continuïtat de l'atenció per la mateixa llevadora o equip de llevadores durant tot el procés (60).

A Espanya encara queda un llarg camí per recórrer per implementar de forma efectiva l'atenció al part normal brindada i liderada per llevadores, dins del sistema públic de salut. Encara estem lluny de complir les recomanacions nacionals i internacionals d'atenció a l'embaràs, part i puerperi. Associacions de dones i professionals que lluiten pel dret a un part respectat com "El parto es nuestro", a nivell nacional, i Donallum, a Catalunya, han denunciat les carències dels serveis d'atenció a la maternitat en el nostre país, la falta de llevadores, la desigualtat en l'accés a les llevadores en atenció primària entre les comunitats autònomes i en l'accés a models d'atenció al part diferents al part hospitalari (60).

La creació de centres de naixement públics i la incorporació del part a casa en la cartera de serveis de la salut pública són demandes creixents entre les dones. Aquests serveis han de ser reconeguts i validats tant per professionals de la salut com per gestors de salut pública. Un model d'atenció liderat i proporcionat per llevadores, amb continuïtat durant l'embaràs, part i postpart, és fonamental i ha de ser implementat independentment del lloc que la dona triï per a donar llum (60).

De la mateixa manera, moltes llevadores s'estan adonant que necessiten recuperar la seva carrera independent per poder avançar tant professionalment com científicament. Cada cop hi ha més llevadores amb doctorat, i per tal de crear grups forts de recerca cal estar present a la universitat amb totes les implicacions; no n'hi ha prou amb tenir llevadores disperses per diferents facultats. No n'hi ha cap amb una presència consolidada. Diversos col·lectius de llevadores han tornat a posar sobre la taula la necessitat de recuperar l'autonomia, tant en l'àmbit docent com laboral, una autonomia que mai no haurien d'haver perdut. Caldrà veure què ens depara el futur (5).

"Per a canviar el món primer abans cal canviar la manera de néixer".

Michel Odent (45)

6. CONCLUSIONS

Amb el present treball s'ha intentat respondre a l'objectiu principal, conèixer mitjançant un anàlisi històric des d'una perspectiva de gènere, l'evolució de la professió de la llevadora i com aquesta trajectòria ha influït en l'atenció al part actual.

Al llarg dels diferents capítols s'ha pogut fer un recorregut, breu però concís, sobre la trajectòria que va recórrer la professió de la llevadora (o matrona, comare...) a través de les diferents èpoques que els hi va tocar viure, comprovant i reafirmant com la seva història ha anat de la mà de la història de les dones, tant per tractar-se d'una professió tradicionalment exercida exclusivament per dones com per la naturalesa de la seva activitat. La trajectòria de la seva tasca no només reflecteix l'evolució dels coneixements i la pràctica professional, sinó que el desenvolupament d'aquesta figura s'ha d'entendre en el context d'un marc social, cultural i polític profundament marcat pel patriarcat.

En les primeres societats, l'assistència al part era una pràctica comunitària, arrelada en el saber empíric i transmès entre dones, habitualment de generació en generació de manera oral, adquirint la pràctica al costat de les seves mares, àvies, tietes o companyes més experimentades. Les pràctiques tradicionals evidencien un coneixement complex del cos, del part i dels ritus associats a la vida i la mort, sovint invisibilitzats o menystinguts per la historiografia oficial. Aquest coneixement que es desenvolupava des de l'experiència, l'observació i l'acompanyament, conferia a les llevadores un estatus social rellevant dins les seves comunitats.

Amb l'arribada de l'edat moderna i la seva culminació amb el naixement de l'obstetrícia científica, es va iniciar un procés de desposseïció del coneixement tradicional femení. A partir del segle XVII, davant del gran domini exercit per la figura de la llevadora, es va destacar l'ascens de la figura dels cirurgians. Ha existit i existeix una relació implícita entre el saber i el poder. Les llevadores en concret, i les dones en general, per la seva condició de gènere no van poder tenir accés ni a estudis ni a la universitat, la falta d'accés a l'escriptura i a la lectura va fer que aquest col·lectiu, durant segles, deixés menys documentació escrita que qualsevol altre de gènere masculí. Això deixava en una posició de total desavantatge a les llevadores enfront als cirurgians, els quals es van ocupar de guanyar-se un espai dins l'assistència al part utilitzant com a estratègia el control sobre la transmissió dels coneixements necessaris per a dur a terme aquesta tasca.

Les llevadores, abans considerades expertes, foren relegades i controlades per les autoritats mèdiques masculines. La seva formació va ser progressivament absorbida i regulada per institucions dominades per homes, que sovint desconeixien —o menyspreaven— els sabers ancestrals. Això va suposar una doble exclusió: d'una banda, moltes dones van quedar fora dels circuits formals de formació per manca d'accés a l'educació; de l'altra, les que sí hi accedien es veien sotmeses a un model formatiu jeràrquic, orientat des de la medicina i no des de la seva pròpia pràctica. Aquest procés, lluny de significar una millora pel col·lectiu, va comportar la pèrdua de part de l'autonomia i del valor simbòlic del coneixement de les llevadores.

El procés de professionalització de les llevadores va ser un reflex directe de les tensions entre saber popular i saber acadèmic, entre autonomia femenina i control patriarcal. Un dels moments més significatius d'aquest trajecte va ser la incorporació de l'ensenyament de la llevadoria als Reials Col·legis de Cirurgia a finals del segle XVIII. Aquesta inclusió va representar, d'una banda, una fita en la institucionalització de la formació de les llevadores, però de l'altra, també va suposar la seva subordinació al model mèdic masculí dominant, que va començar a controlar el coneixement obstètric a través dels canals oficials.

A partir d'aquí, l'accés a l'ofici es va regular mitjançant exàmens i certificacions, cosa que va permetre establir un cert control sobre qui podia exercir, però alhora va suposar una pèrdua d'autonomia per a les dones que tradicionalment havien transmès els seus coneixements de manera oral, empírica i comunitària. Aquest pas cap a la regulació acadèmica, malgrat representar una oportunitat per dignificar la professió, va estar fortament condicionat per la lògica patriarcal i jeràrquica de la medicina oficial, que tendia a subordinar el saber i la pràctica de les comares al criteri mèdic masculí. Així, si bé es reconeixia la necessitat de formació, aquesta s'impartia en un marc on les llevadores tenien poc marge de participació activa en la definició del seu propi coneixement.

Amb les reformes dels plans d'estudi del segle XIX, i en el context de reorganització dels estudis mèdics, les llevadores es van veure afectades per canvis legislatius i acadèmics que van tenir conseqüències inesperades: en alguns moments, durant les transicions entre plans, van accedir accidentalment a una formació universitària compartida amb els cirurgians. Això les va convertir, de manera inesperada, en les primeres dones universitàries a Espanya, molt abans que es permetés oficialment a les dones l'accés lliure a la universitat. Més endavant, aquesta situació es va consolidar amb la creació d'una pròpia carrera universitària per a les llevadores, convertint-se així en la primera professió universitària femenina del país. Tot i aquest avenç històric, el sistema patriarcal no deixaria d'actuar.

El desplaçament progressiu del part del domicili cap a l'hospital va suposar una de les transformacions més profundes en la història de l'atenció obstètrica. Aquest procés no es va produir de manera natural o inevitable, sinó que va ser el resultat d'un conjunt d'interessos socials, polítics i mèdics, en especial per part de les classes mèdiques dirigents, que van veure en la institucionalització del part una oportunitat per controlar, sistematitzar i jerarquitzar un àmbit tradicionalment feminitzat i exclòs del saber científic masculí dominant.

La llar, que durant segles havia estat l'escenari habitual dels naixements, amb un ambient íntim i gestionat per dones —principalment llevadores i familiars— va ser progressivament desautoritzada com a espai segur. Aquest discurs es va construir sota la idea d'una suposada major seguretat hospitalària, basada en avenços tècnics i en el control higiènic, tot i que en molts casos inicials les condicions als hospitals eren precàries i generaven altes taxes de morbiditat i mortalitat. Tot i això, es va imposar la visió biomèdica, que convertia el part en un procés mèdic, patològic i sota el control exclusiu del metge. Aquest canvi va donar lloc a una medicalització intensiva del part, en què el cos de la dona va deixar de ser reconegut com a competent i autosuficient per esdevenir un objecte d'intervenció.

En aquest nou paradigma, les llevadores, que fins llavors havien tingut un paper actiu, central i reconegut en la major part de comunitats, van ser relegades a un rol subaltern, convertides en auxiliars de l'equip mèdic i sotmeses a la jerarquia hospitalària. Aquesta subordinació no només va limitar les seves competències professionals, sinó que també va contribuir a la deslegitimació del seu saber específic, construït històricament des de l'experiència i la proximitat amb les dones. La tecnificació del part —amb l'ús sistemàtic d'instruments, anestèsics i protocols rígids— no només va reduir l'autonomia de les llevadores, sinó també la de les pròpies gestants, que van passar de ser protagonistes actives a pacients passives.

La institucionalització del part, no només va canviar l'espai on es naixia, sinó també la manera com es vivia i qui en tenia el control. Aquest canvi, impulsat sobretot per les classes mèdiques dirigents, tenia l'objectiu de controlar el procés del part des d'una visió científica i masculina. Amb la medicalització i tecnificació creixent del naixement, les llevadores van anar quedant en un segon pla, convertides en auxiliars dels metges, quan fins llavors havien estat les principals referents en l'atenció al part.

Aquest procés també va tenir un impacte directe en la professió. Amb el temps, es van fer canvis per fer desaparèixer la identitat pròpia de la llevadora: es va eliminar el títol específic i es va integrar dins la infermeria. Això no va ser una decisió neutra, sinó que formava part d'una estratègia per restar poder a les llevadores i sotmetre el seu coneixement a l'autoritat mèdica i al funcionament dels hospitals. Així, la figura de la comare —amb un saber ancestral, arrelat a la comunitat i transmès de generació en generació— va ser substituïda per la d'una infermera especialista en obstetrícia i ginecologia, amb menys reconeixement i competències més limitades pel sistema sanitari actual.

En les darreres dècades, i com a resposta a un model biomèdic que ha dominat l'atenció al part durant gran part del segle XX, està emergint amb força un moviment que reivindica una manera diferent de néixer: més respectuosa, menys intervencionista, i centrada en la dona com a protagonista del procés. La institucionalització del part, que el va traslladar de l'àmbit domèstic a l'hospitalari, va comportar també la desposseïció de la dona del seu propi part i la sensació de pèrdua del control sobre el seu propi cos. Aquesta transformació va anar acompanyada d'una medicalització creixent, on el part va passar a ser vist com un procés potencialment patològic que requeria supervisió mèdica constant, sovint amb un ús indiscriminat d'intervencions com induccions, episiotomies o cesàries.

És en aquest context que moltes dones han començat a alçar la veu per denunciar pràctiques irrespectuoses i autoritàries durant el part, donant nom a una realitat silenciada: la violència obstètrica. Aquest concepte ha estat fonamental per visibilitzar els efectes negatius d'un model que sovint nega l'autonomia de la dona i prioritza criteris clínics per damunt de les necessitats emocionals i psicològiques del naixement. En aquest procés de transformació, la figura de la llevadora ha tornat a emergir com una referent clau: una professional amb la funció de la cura de l'embaràs i el part normal, on s'ha demostrat que la seva atenció durant l'embaràs, el part i el puerperi ofereix majors beneficis i major satisfacció materna.

Aquest nou escenari no és exempt de dificultats. La mateixa estructura sanitària, fortament medicalitzada i jerarquitzada, sovint limita el marge d'acció de les llevadores. Tot i així, cada cop més professionals, dones i moviments socials estan treballant per revertir aquesta tendència i construir un model d'atenció més humà, més feminista i més digne. Un model on la llevadora recuperi el lloc que li pertoca com a professional autònoma i essencial, i on el part torni a ser reconegut com un esdeveniment vital profundament humà, i no només com un acte mèdic.

És una necessitat que el futur de l'atenció al part prengui un canvi de rumb. No es pot continuar arrossegant un model que, tot i haver aportat avenços importants, ha allunyat el part del seu significat més essencial i biològic: un procés fisiològic, natural i profundament humà. I aquí, la figura de la llevadora torna a emergir com una peça clau per revertir aquesta situació.

Cada cop hi ha més moviments, tant socials com professionals, que aposten per recuperar una atenció al part més respectuosa, lliure de violència obstètrica, i que posi la dona al centre. En aquest escenari, la llevadora és —i ha de ser— la professional de referència per a l'atenció a l'embaràs i al part normal. Però per poder assumir aquest paper amb plenitud, també cal que se li reconegui el seu lloc dins el sistema.

Potser és hora de tornar a plantejar si caldria recuperar una formació pròpia, una carrera específica podria donar a les llevadores més espai per créixer, investigar, liderar i avançar professionalment, sense haver d'estar sempre subordinades a altres especialitats. Perquè, al final, si volem una atenció al part més humana i centrada en la dona, cal apostar de veritat per la figura de la llevadora. I això passa per donar-li les eines i el reconeixement que mereix.

BIBLIOGRAFIA

1. Ehrenreich B, English D. Brujas, comadronas y enfermeras historia de las sanadoras ; dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad. [3a. ed.]. Barcelona: LaSal; 1988.
2. Ruiz Arcos I, Borrego Vera M, Pérez Oteros M del M. La profesión de matrona y sus cuidados a lo largo de la historia. Paraninfo Digit [Internet]. 2016;(24). Disponible a: <https://www.index-f.com/para/n24/pdf/068.pdf>
3. Conde Fernández F. Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. [Internet]. Academia de ciencias e ingenierías de Lanzarote: Discursos Académicos 49; 2011. (Discursos Académicos). Disponible a: <https://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf>
4. United Nations. Take Action for the Sustainable Development Goals [Internet]. United Nations Sustainable Development. 2025 [citad 5 maig 2025]. Disponible a: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
5. Ruiz-Berdún D. Historia de las matronas en España. Primera edición. Madrid: Guadalmazán; 2022. 414 p. (Colección Divulgación científica).
6. Sánchez Romero M. Maternitat i prehistòria: pràctiques de reproducció, relació i socialització. En: Les dones en la prehistòria [Internet]. València: Museu de Prehistòria de València; 2008. Disponible a: <https://mupreva.org/pub/303/va>
7. Alemany Anchel MJ. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos. [Internet] [Programa Género, subjetividad, conocimiento y cultura]. [València]: Universitat de València; 2014. Disponible a: <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/b25b0075-59b5-4771-a223-f491e9769c10/content>
8. Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Masson; 1997. 1-49 p.
9. Manuel Sedano L, Cecilia Sedano M, Rodrigo Sedano M. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):866-73. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitosobstetricia-S0716864014706327>
10. Martos López IM, Sánchez Guisado M del M, Guedes Arbelo C. De parteras a enfermeras especialistas: matronas a lo largo de la historia. Paraninfo Digit [Internet]. 2016;(25). Disponible a: <https://www.index-f.com/para/n25/pdf/087.pdf>
11. García Martínez MJ, García Martínez AC. Fechas claves para la historia de las Matronas en España. Híades. 1998;(5-6).
12. De la Rosa Várez Z, Rivas Castillo MT. Principales manuales para formación de matronas en la Edad Moderna y Contemporánea. Paraninfo Digit [Internet]. 2016;(25). Disponible a: <https://www.index-f.com/para/n25/pdf/201.pdf>
13. Serrano Monzó I. Apuntes Históricos De La Profesión De Matrona a Propósito De La Exposición De "Matronas Y Mujeres En La Historia" [Internet]. Pamplona: Asociación Navarra de Matronas; 2012. Disponible a: <https://matronasdenavarra.com/wp-content/uploads/2015/04/historia.pdf>

14. Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [Internet] [Antropología de la Medicina]. [Tarragona]: Universitat Rovira i Virgili; 2007. Disponible a: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8421/MicrosoftWord1COMPLETOlasculturasdelna.pdf>
15. Márquez Carrasco ÁM, Rico Neto M, Leo Rodríguez MR. La figura de la matrona española en la Edad media. Rev Enferm Docente. 2017;(109):37-44. Disponible a: <https://www.index-f.com/edocente/109pdf/10937.pdf>
16. Albertí E. Dones Sàvies. Herbolàries, llevadores, infermeres, metgesses.... Vol. 80. Barcelona: Albertí Editor SL; 2023.
17. Ortiz T. From hegemony to subordination: midwives in early Modern Spain. En: The art of midwifery: early modern midwives in Europe [Internet]. Londres: Routledge; 1993. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10481/35201>
18. Racero JIV. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas Prof. 2002;(9):28-35. Disponible a: <https://es.scribd.com/document/840340916/El-saber-y-las-practicas-de-las-matronas-Desde-los-primeros-manuales-hasta-1957>
19. de la Rosa Várez Z, Rivas Castillo MT, Alguacil Sánchez M del V. Del arte de asistir partos hacia la actual titulación de Matrona en España. Paraninfo Digit [Internet]. 2015;(22). Disponible a: <https://www.index-f.com/para/n22/pdf/213.pdf>
20. Abad Linares M. Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de Género. En Jaén: Universidad de Jaén; 2009. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4098351>
21. Miró-Bonet M, Sant Jord PFD, Gastaldo D. Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: el manual de Damià Carbó. Texto Contexto - Enferm. diciembre 2005;14(4):601-7. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MKsHcxsgydfgcxjZchkN6m/>
22. Ortiz Gómez T, Sánchez D. La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En: Del patio a la plaza Las mujeres en las sociedades mediterráneas [Internet]. Granada; 1995. p. 239-46. Disponible a: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14695/La%20experiencia%20escrita%20de%20las%20matronas.pdf?sequence=1>
23. Cabré i Pairet M, Ortiz Gómez T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa : siglos XII-XX. Vol. 12. Barcelona: Icaria; 2001.
24. Ruiz-Berdún D, Martín-Alcaide R. La importancia del género en la historia de la atención al parto: la incorporación de los hombres a la profesión de matrona. Llull. 2018;41(85):191-216. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6646179>
25. Ortiz Gómez T. Género y estrategias profesionales: la formación de las matronas en la España del siglo XVIII. En: El trabajo de las mujeres Pasado y presente: actas del Congreso Internacional del Seminario de Estudios Interdisciplinarios de la Mujer [Internet]. Málaga: Diputación Provincial; 1996. p. 229-38. Disponible a: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/22514>

26. Gijón Villanova L. Matronas y transmisión de saberes científicos (siglos XVII-XIX). SANUM. 5(3):70-5. Disponible a: https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol5n3/Vol5n3-Articulos-PDF/sanum_v5_n3_a8.pdf
27. Ruiz-Berdún D. Las matronas, pioneras en la universidad desde 1845. Matronas Hoy. 2020;8(2):7-19. Disponible a: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2021/03/Matronas-22-2020-baja-res-1.pdf>
28. Subirón Valera AB. Fundamentos legislativos y socioculturales de la formación académica de las matronas en Zaragoza (1857-1978) [Internet] [Ciencias de la Salud]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2018. Disponible a: <https://zaguan.unizar.es/record/75419/files/TESIS-2018-072.pdf>
29. González Canalejo C. Análisis histórico de la situación de las enfermeras y matronas en España. Una perspectiva global. RAUDEM Rev Estud Las Mujeres. 2013;1:50-65. Disponible a: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/RAUDEM/article/view/566>
30. Vicente FM. Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932) [Internet] [Departamento de Geografía, Historia y Historia del Arte]. [Girona]: Universitat de Girona; 2011. Disponible a: <https://www.tdx.cat/handle/10803/31835#page=1>
31. Álvarez Ricart M del C. Otras profesiones y ocupaciones sanitarias. En: La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX. Barcelona: Anthropos; 1988.
32. Ortiz Gómez T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX. Arenal Rev Hist Las Mujeres. 10 gener 1999;6(1):55-79. Disponible a: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/arenal/article/view/16935>
33. Ruiz-Berdún D. La inauguración de la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid y su Escuela de Matronas. Matronas Prof. 2016;17(2):30-8. Disponible a: <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/KBr0c5sn17fIGlGOOGvpcNd67wbNbW3NHFLSlcte.pdf>
34. Andina Díaz E. Valoración sobre la participación de lo doméstico en torno al parto. Creencias y prácticas populares en Almanza y Cebanico (Sahagún, León) durante la primera mitad del siglo XX [Internet] [Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud]. [Alacant]: Universitat d'Alacant; Disponible a: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52941/1/tesis_andina_diaz.pdf
35. Ruiz-Berdún D. Objetivo: repoblar España. El Plan Nacional Ideal de la Obra Maternal e Infantil. En: Ciencia útil Investigación básica y aplicada en Farmacia y Ciencias de la Vida durante el Franquismo (pp291-316) [Internet]. Madrid: Ediciones Complutense; 2019. p. 291-316. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/335950325_Objeto_repoblar_Espana_El_Plan_Nacional_Ideal_de_la_Obra_Maternal_e_Infantil
36. Ruiz-Berdún MD, Blanco DAG. Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la guerra civil [Internet] [Ciencias médico-sociales y documentación científica]. [Alcalá]: Universidad de Alcalá; 2012. Disponible a: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14783366>

37. Rodríguez Portilla NE, Castaño Molina MÁ, Martínez Roche ME. Influencia del género en la formación de las matronas en el siglo XX. *Index Enferm.* setembre 2014;23(3):171-5. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
38. Ruiz-Berdún D, Gomis A. La matrona y el Seguro de Maternidad durante la Segunda República (1931-1936). *Matronas Prof.* 2014;15(3):76-84. Disponible a: <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/xRgdU938Aj0QeMUaKNXjN2BCmfOTm3iw4Er3bdJ8.pdf>
39. Ruiz-Berdún D. ¿Tecnología o acompañamiento del parto? La relación profesional sanitario-gestante en España a lo largo del siglo XX. *Asclepio.* 26 maig 2023;75(1):e05. Disponible a: <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/1176>
40. Martín-Castañeda LB. «Lo más natural posible»: Narrativas de matrona de atención primaria y hospitalaria en el paradigma del parto humanizado. *MUSAS Rev Investig En Mujer Salud Soc.* 29 gener 2021;6(1):38-58. Disponible a: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol6.num1.3>
41. Serrano I. La formación de matrona a lo largo de la historia. En Pamplona; 2002. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/matronas/formacion.pdf>
42. Ruiz-Berdún D, Gomis Blanco A. Compromiso social y género: la historia de las matronas en España en la segunda república, la guerra civil y la autarquía (1931-1955). Alcalá de Henares: Ayuntamiento de Alcalá de Henares, Concejería de mujeres; 2017.
43. Ruiz-Berdún D, Gomis A. Matronas víctimas de la Guerra Civil Española. *Asclepio.* 30 desembre 2016;68(2):p159. Disponible a: <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/714>
44. Poço dos Santos AM, Gómez Cantarino S, Campos Silva TM, Velasco Abellán M. Formación de matronas en España desde la segunda mitad del s. XX hasta la actualidad. *Rev Enferm Referência.* 2014;(3):131-7. Disponible a: http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2474&id_revista=24&id_edicao=68
45. González del Corral N, Gata Yepes V, García Lecue M. El papel de la matrona en el proceso de humanización del parto. En: *La educación enfermera a lo largo de la historia.* Madrid; 2015. p. 427-34.
46. Boer Secanell B. Definición y papel de la enfermera-matrona en la humanización en el parto: estudio de revisión. *MUSAS Rev Investig En Mujer Salud Soc.* 30 novembre 2023;8(2):137-64. Disponible a: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/42915>
47. Castaño Molina MÁ. La asistencia al parto: del hogar al hospital. *Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades.* 2014;18(39):9-11. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10045/40061>
48. Rodríguez Hernández M, Flores Martos JA, Moruno Miralles P. Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde terapia ocupacional parte I.

- TOG. 2012;9(15):1-18. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4219812>
49. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016;24(47):47-55. Disponible a: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
 50. Macías Intriago MG, Tacoamán Acurio IJ, Giler Saltos LA, Quimis Guerrido WM, Choez Reyes ML, Álvarez Lara MM. Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. *Recimundo.* 2018;2(3):730-45. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732823>
 51. Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Med Natur.* 2006;(10):598-610. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986342>
 52. Murialdo Miniello V. La construcción cultural del parto respetado en Madrid [Internet] [Programa Doctorado en Sociología y Antropología]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2019. Disponible a: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/11186>
 53. Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2017;34(1). Disponible a: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104
 54. Massó Guijarro E. La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colect.* 3 octubre 2023;19:e4464. Disponible a: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4464>
 55. Comunidad Autónoma de Cataluña. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista [Internet]. Sec. 1, Ley 17/2020 gen 13, 2021 p. 3096-113. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>
 56. Ruiz-Berdún D, Olza Fernández I. The past and the present of obstetric violence in Spain. En Coimbra: Sociedade de história interdisciplinar da saúde; 2016. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/303784978_The_past_and_the_present_of_obstetric_violence_in_Spain
 57. Instituto Nacional de Estadística (INE). Nacimientos por edad de la madre, tipo de parto y madurez. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2024 [citad 22 abril 2025]. Disponible a: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31938&L=0>
 58. Fernández Guillén F. Importancia de potenciar el trabajo de las comadronas y su autonomía profesional para mejorar la atención al parto. 2011; Disponible a: https://www.elparto.esnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/legal/la_profesion_de_matrona_-_responsabilidad_autonomia_y_compromiso.pdf
 59. Reibel T. Normal birth: a thing of the past or the new future for primary health care? *Prim Health Care Res Dev.* 1 octubre 2004;5(4):329-37. Disponible a: http://journals.cambridge.org/abstract_S1463423604000404

60. González Pérez I. La implementación de los centros de nacimiento en España: un imperativo ético [Internet] [Máster interuniversitario en bioética y bioderecho]. [La Laguna]: Universidad de la Laguna; 2022. Disponible a: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/31896>

