
ATENDRE L'EMBARÀS I EL PART A BARCELONA

IMATGES I VEUS DE
PROFESSIONALS DE LA CIUTAT

© Farmamundi 2019

Títol original: "Atender el embarazo y el parto en Barcelona:

Imágenes y voces de profesionales de la ciudad"

Edita

Farmamundi Catalunya 2019

C/ Erasme de Janer, 8

08001 Barcelona

Tel: 93 244 44 55

www.farmaceuticosmundi.org

Amb el suport de Ajuntament de Barcelona

Coordinació Cecília Garcia i Mar Baños

Textos Marta Torres i Ilaria Cover

Revisió d'estil GEMMA Traductora

Fotografia Verónica Rodríguez

Disseny i maquetació Hèctor Camps

Imprès per Bilògic Gràfics, SL. Barcelona

Aquest document ha estat compartit i validat amb la participació de RED (Xarxa de migració, gènere i desenvolupament); l'Associació, Drets Sexuals i Reproductius; Calala, Fondo de Mujeres; Associació Hèlia; Mujeres Pa'lante; i Associació intercultural Diàlegs de dona.

ATENDRE L'EMBARÀS I EL PART A BARCELONA

IMATGES I VEUS DE
PROFESSIONALS DE LA CIUTAT

Un projecte de



Amb el suport de



Índex

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Introducció | 06 |
| 2. | Context | 10 |
| | 2.1 _ Qui són les professionals que han participat en el projecte? | 10 |
| | 2.2 _ Context demogràfic | 10 |
| | 2.3 _ Marc legislatiu | 12 |
| | Amb relació als drets sexuals i drets reproductius | |
| | Amb relació a l'accés a la sanitat | |
| | Amb relació a la mediació sanitària | |
| 3. | Metodologia | 20 |
| 4. | Treball de camp | 24 |
| | 4.1 _ Atenció a les usuàries | 24 |
| | 4.2 _ Atenció de qualitat: hi ha recursos suficients? | 36 |
| 5. | Conclusions | 46 |
| 6. | Des de la nostra experiència, què recomanem? | 52 |
| | 6.1 _ En termes generals | 52 |
| | 6.2 _ Formació de personal de centres sanitaris | 53 |
| | 6.3 _ Mediadores interculturals sanitàries | 54 |
| | 6.4 _ Creació de xarxes comunitàries de salut | 55 |
| | 6.5 _ Altres | 56 |
| 7. | Bibliografia | 58 |
| 8. | Enllaços web | 62 |

Introducció

El present document és un dels productes obtinguts com a resultat de la segona fase del projecte **“Art-etnografia i interculturalitat: Investigació-Acció-Participació (IAP) per a la defensa dels drets sexuals i reproductius de les dones barcelonines”**. L'objectiu és el d'investigar sobre l'experiència d'embaràs i part que dones de diferents països han tingut quan han estat ateses en centres d'atenció primària (CAP) i hospitals públics de la ciutat de Barcelona. Per al disseny del projecte prenem com a document de referència la *Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària*¹ (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya).

Aquest projecte d'investigació ha estat executat per l'ONGD Farmamundi amb la col·laboració, participació i implicació de trenta dones de dotze nacionalitats diferents, trenta professionals de la salut pública, l'Institut d'Artteràpia Transdisciplinària de Barcelona (IATBA), quatre artterapeutes, dues antropòlogues i el suport de l'Ajuntament de Barcelona. El projecte consta de tres fases clarament definides, segons es descriuen a continuació.

La primera fase del projecte es va dur a terme entre abril i desembre de 2017 i es pretenia conèixer el grau de respecte tant dels drets reproductius com dels drets de la ciutadania, prenent com a punt de partida l'atenció sanitària durant els processos d'embaràs i part rebuda per un grup de trenta dones de dotze nacionalitats diverses residents a la ciutat de Barcelona.

Durant la segona fase, sistematitzada en el present document i executada al llarg de 2018, amb el propòsit de mantenir

¹ www.bit.ly/2NXM75S

l'enfocament intercultural de la investigació, es van escoltar i recollir les veus i experiències de trenta professionals de la salut que en el seu dia a dia atenen dones amb perfils similars a les que van participar en la primera fase de la investigació.

Un cop analitzades les aportacions de tots dos col·lectius, la tercera fase va suposar la recopilació d'una sèrie de propostes de canvi i de millora dirigides al sistema sanitari públic català que, un cop validades i sistematitzades, seran part d'un procés d'incidència política. La validació d'aquestes propostes s'ha dut a terme amb sis organitzacions expertes en els drets reproductius des d'una mirada intercultural: RED² (Xarxa de migració, gènere i desenvolupament); l'Associació, Drets Sexuals i Reproductius³; Calala, Fondo de mujeres⁴; Associació Hèlia⁵; Mujeres Pa'lante⁶ i Associació intercultural Diàlegs de dona⁷.

Amb la informació recopilada durant el procés d'investigació pretenem analitzar com es relacionen les necessitats de tots dos col·lectius: d'una banda, les de les dones migrades residents a Barcelona que han passat per un procés d'embaràs i part a la ciutat; i de l'altra, les de les professionals dels dispositius sanitaris públics que les atenen.

Així, a partir del treball amb els dos col·lectius, la nostra intenció és crear vincles entre les necessitats individuals i col·lectives (persones i sistema), amb la finalitat d'aportar reflexions i recomanacions per a la millora de l'atenció sanitària pública, concretament en l'embaràs i el part, amb la incorporació de la mirada intercultural.

La investigació té com a eixos vertebradors tant la perspectiva de gènere com la interculturalitat. El primer eix permet que ens

² www.redmgd.org

³ www.lassociacio.org

⁴ www.calala.org

⁵ www.heliadones.org/ca

⁶ www.mujirespalante.org

⁷ www.dialegsdona.org

aproximem a la realitat sense passar per alt les diferents relacions de poder entre gèneres, perquè moltes d'aquestes relacions operen des de la interseccionalitat⁸. El segon eix respon a la realitat catalana actual, on un 15,8 %⁹ de la població resident a Catalunya pertany a nacionalitats diferents de l'espanyola (a 1 de gener de 2019).

El projecte inclou dues exposicions de dinou peces artístiques cadascuna (pintura i escultura), resultat del treball amb les usuàries i les professionals del sistema sanitari, que han estat exposades en sis centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) de la ciutat de Barcelona (CAP Sant Andreu, CAP Trinitat Vella, CAP Pare Claret, CAP Manso, CAP Numància i CAP Horta). Amb les exposicions hem volgut arribar a un gran nombre de persones, aquelles que atenen els centres sanitaris on s'han exposat i les persones que acudeixen a visitar-se, amb l'objectiu de visualitzar, a través de l'art, els testimonis de les dones i de les professionals que han participat en el projecte.

Finalment, és convenient posar l'accent en el fet que les conclusions d'aquest document, igual que les conclusions extretes de la primera fase de la investigació, són el resultat d'una petita mostra de persones i d'experiències. Tot i que considerem que, qualitativament parlant, aquesta mostra és prou representativa per visualitzar les experiències d'aquests col·lectius, som conscients de les limitacions que suposa als resultats de la investigació per la seva limitada grandària.

⁸ La interseccionalitat és un enfocament que subratlla que el gènere, l'ètnia, la classe o l'orientació sexual, com altres categories socials, lluny de ser "naturals" o "biològiques" són construïdes i estan interrelacionades. És l'estudi de les identitats socials solapades, o amb intersecció entre elles, i els seus respectius sistemes d'opressió, dominació o discriminació. La teoria suggereix i examina com diverses categories biològiques, socials i culturals interaccionen en nivells múltiples i sovint simultanis.

⁹ www.bit.ly/20vujj2



“Les dones tenim un problema. Tenim una imatge que es construeix, moltes vegades des de lo masculí. Som objectes. Obeïm, però tenim un lio aquí perquè volem la veu en aquesta societat que és masclista”.

Teresa I Gestora sanitària

Context

2.1 _ Qui són les professionals que han participat en el projecte?

Al llarg del segon any d'estudi hem treballat amb quatre grups de professionals de diferents perfils relacionades amb l'àmbit sanitari i l'atenció a la salut sexual i la salut reproductiva: mediadores i agents comunitàries (set), llevadores dels ASSIR (cinc), llevadores hospitalàries (sis) i un últim grup de gestores sanitàries (vuit), de les quals, a excepció d'una ginecòloga, són totes llevadores.

Volem assenyalar que malgrat tots els esforços realitzats, i aquest fet és motiu de reflexió del projecte, no es va poder disposar de la participació del personal de ginecologia.

En el moment de la investigació, aquestes professionals estaven vinculades a tres hospitals de Barcelona (Hospital Vall d'Hebron, Hospital del Mar i Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) i a set ASSIR (Manisa, la Mina, Guinardó, Badalona, Rio de Janeiro, Sant Adrià i Numància).

2.2 _ Context demogràfic

Segons dades de gener de 2019¹⁰ de la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya, el 15,8 % de la població que resideix a Catalunya és d'origen estranger, cosa que representa el primer augment en aquest percentatge des de 2012¹¹. Del total, un 51,6 % són homes enfront d'un 48,4 % de dones.

El Marroc (18,6 %), la Xina (5,4 %) i el Pakistan (4,1 %) són els tres orígens principals de la població migrant de Catalunya procedent

de països no comunitaris, seguits d'Hondures (3,4 %), Colòmbia (3,1 %), Bolívia (2,5 %) i l'Equador (2,2 %).

Pel que fa als països comunitaris, Romania (8,5 %) i Itàlia (5,4 %) són al capdavant de la llista, per sobre de França (3,2 %), que ocupa el tercer lloc.

Pel que fa a la natalitat, cal destacar que el 29,6 % del total de naixements vius de 2018 van ser de dones d'origen estranger¹². Aquesta dada és rellevant, ja que des de fa 4 anys s'observa una tendència creixent en els naixements de dones d'origen estranger (que passa del 25,44 % el 2015 al 28 % actual) enfront dels naixements de les dones d'origen català.

És per aquest motiu que considerem oportú, d'una banda, abordar l'assistència sanitària amb enfocament de gènere i d'interculturalitat en el moment de l'embaràs i del part, tenint en compte, a més a més, que "les demandes més freqüents en la població immigrant són l'atenció ginecobstètrica, la pediàtrica i la medicina general" (Berra S., Elorza Ricart J.M. *et al.*, 2004, 34). D'altra banda, podem continuar afirmant, també, la pertinència d'aquest estudi, ja que segons Berra *et al.* (2004) "les creixents xifres d'immigrants en l'última dècada no han tingut precedents a Catalunya i l'Estat espanyol i han plantejat un repte per als serveis sanitaris. Una de les preocupacions polítiques més importants del fenomen social que suposa la immigració creixent és la capacitat del sistema sanitari per afrontar l'arribada dels immigrants i les seves necessitats. Les característiques diferencials de la població que arriba —la seva cultura, la seva religió, la seva manera d'interpretar la salut i la malaltia— poden requerir una adaptació del sistema per afrontar la situació de la manera més apropiada possible" (Berra S., Elorza Ricart J.M. *et al.*, 2004, 11).

¹⁰ www.bit.ly/20vujj2

¹¹ www.bit.ly/35ixm43

¹² www.bit.ly/21B9VZW

2.3 _ Marc legislatiu

Amb relació als drets sexuals i drets reproductius:

Els drets sexuals i drets reproductius (DS i DR) de les persones van ser definits en dues trobades internacionals importants: la “Conferència sobre població i desenvolupament” al Caire (1994) i la “Quarta conferència mundial sobre la dona” a Pequín (1995). També, el 1995, la Federació Internacional de Planificació Familiar (IPPF) va elaborar la *Carta de Drets Sexuals i Reproductius*¹³.

Els drets sexuals i reproductius es fonamenten en els drets humans, aprovats per les Nacions Unides el 1948, així com en la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra les dones (CEDAW)¹⁴ de 1979. Per la seva banda, la Conferència Internacional sobre Població¹⁵ celebrada al Caire el 1994 va reconèixer el dret de les dones a controlar la seva pròpia fecunditat mitjançant l'accés a la informació i els mitjans adequats. Posteriorment, en la IV Conferència Mundial sobre les Dones¹⁶ celebrada a Pequín el 1995 es van referenciar els drets sexuals i reproductius com a part indissoluble dels drets humans. La Federació Internacional de Planificació Familiar va aprovar el 2008 la *Declaració dels Drets Sexuals i Reproductius* a partir de la *Carta dels 12 Drets Sexuals i Reproductius*¹⁷ aprovada el 1995. Els objectius de desenvolupament sostenible, aprovats per l'Assemblea General de les Nacions Unides el setembre de 2015¹⁸, van incloure també elements referents a aquest àmbit a través del cinquè objectiu: la igualtat de gènere.

De forma resumida, els drets sexuals són els drets de les persones a tenir el control respecte de la seva sexualitat i d'exercir-la lliure de qualsevol tipus d'abús, coerció, violència o discriminació.

Per la seva banda, els drets reproductius són els drets de totes les parelles i individus a decidir si tenir o no descendència i sobre el seu nombre i interval, a partir de l'accés a:

- Serveis de planificació familiar
- Mètodes anticonceptius i avortament legal i segur
- Serveis de fertilització assistida
- Serveis de salut pre- i postembaràs

En l'àmbit autonòmic i local, aquest estudi s'alinea amb les estratègies de la Generalitat de Catalunya, que inclouen el Pla de salut afectiva i sexual¹⁹, amb l'Estratègia nacional de salut sexual i reproductiva²⁰ i els plans i mesures del govern municipal involucrats: Pla d'adolescència i joventut de Barcelona 2017-2021²¹, Pla municipal per a la igualtat d'oportunitats real i efectiva entre dones i homes 2012-2015²², Pla municipal per a la diversitat sexual i de gènere, Mesures per a la igualtat LGTBI 2016-2020²³ i Mesura de govern per la salut sexual i reproductiva de la ciutat de Barcelona²⁴.

Amb relació a l'accés a la sanitat

L'assistència sanitària és un dret inherent a l'ésser humà i té un marc legislatiu internacional, nacional i local.

Internacionalment, el dret a l'assistència sanitària queda inscrit en l'article 25.1 de la *Declaració Universal de Drets Humans* de 1948, i es va desenvolupar posteriorment a partir del Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals. Per la seva banda, el maig de 2012, el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides va instar que aquest dret abastés

¹⁹ www.bit.ly/2IA1Fti

²⁰ www.bit.ly/2nAnDFm

²¹ www.bit.ly/30WbbNO

²² www.bit.ly/2IzLJr2

²³ www.bit.ly/35JLgmE

²⁴ www.bit.ly/2IAK0qq

¹³ www.bit.ly/33fqhzh

¹⁴ www.bit.ly/2VnxyKS

¹⁵ www.bit.ly/30WaCna

¹⁶ www.bit.ly/3215sYn

¹⁷ www.bit.ly/35nCxjo

¹⁸ www.bit.ly/33gH9Wm

totes les persones residents en un territori, independentment de la seva situació administrativa, per eliminar qualsevol element discriminatori.

En l'àmbit estatal, la Llei 14/1986, general de sanitat²⁵, regula totes aquelles accions relacionades amb la posada en pràctica de la protecció de la salut que reconeix l'article 43 i els articles concordants de la Constitució espanyola, i estableix els principis i criteris que van permetre configurar el sistema nacional de salut, com són el caràcter públic i la universalitat.

Així mateix, la Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut²⁶, va establir, entre els seus principis generals, la seguretat dels principis d'universalitat i de caràcter públic per part de l'Estat i va concretar els titulars dels drets de la protecció de la salut i de l'atenció sanitària.

Malgrat això, la reforma que va instaurar el Reial decret llei 16/2012²⁷, vigent durant les primeres dues fases de la present investigació, va anul·lar-ne la vocació universal i va excloure'n les persones que estrobaven en situació irregular, vulnerant-los així el dret a l'assistència sanitària, que va quedar limitat a l'assistència en cas d'urgència, per malaltia greu o accident fins a la situació d'alta mèdica i a l'assistència durant l'embaràs, part i puerperi, que aquí ens pertoca. Aquest fet va suposar un procés d'involució de l'esquema legal, sustentat en criteris economicistes que pretenien reduir el dèficit dels comptes públics sobre la base de l'exclusió sanitària de persones residents en el territori nacional.

Davant d'aquesta situació, les comunitats autònomes van reaccionar elaborant procediments amb diferent emparament normatiu (comunicats, instruccions, resolucions, ordres, decrets

o lleis) per tal de prestar assistència sanitària a les persones que el Reial decret llei 16/2012²⁷ havia exclòs.

En el cas concret de Catalunya, l'article 23.1 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya²⁸ regeix que totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuïtat als serveis sanitaris de responsabilitat pública en els termes que estableixen les lleis.

Així com en l'àmbit estatal la Llei 14/1986 va representar un avenç en la universalització de l'assistència, en l'autonòmic aquest avenç es va produir amb l'aprovació de la Llei 21/2010, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut²⁹.

En desacord amb l'excloent legislació estatal i continuant amb el context autonòmic, a Catalunya es va aprovar la Llei 9/2017³⁰, imperant durant la nostra investigació, segons la qual totes les persones residents a Catalunya tenen dret a l'assistència sanitària amb càrrec als fons públics mitjançant el Servei Català de la Salut, fet que garanteix la universalització de l'assistència sanitària de la comunitat autònoma a tota la població, sense exclusions, en tots els àmbits de la medicina i en totes les etapes de la vida.

Aquesta llei, tenint en compte les circumstàncies especials de determinats col·lectius, amb caràcter subsidiari i complementari, permet que la residència pugui ser acreditada amb el padró municipal i també mitjançant altres criteris d'arrelament, per tal d'oferir l'accés a l'assistència sanitària pública a col·lectius en risc d'exclusió social.

Com apunt final, cal destacar que el Reial decret llei 7/2018³¹,

²⁵ www.bit.ly/2M0G0Bu

²⁶ www.bit.ly/2Vsa4Ev

²⁷ www.bit.ly/30ZlxMP

²⁸ www.bit.ly/2MtWBaP

²⁹ www.bit.ly/35fC4PX

³⁰ www.bit.ly/2lxshf

³¹ www.bit.ly/33JIMCX

vigent a la data d'elaboració d'aquest document, reconeix, de nou, l'accés universal al sistema nacional de salut amb l'objectiu de garantir el dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària a totes les persones, independentment de la seva nacionalitat, que tinguin establerta la seva residència en el territori espanyol, incloses les que, en aplicació dels reglaments comunitaris o convenis bilaterals, hi tinguin accés en la forma que aquestes disposicions ho indiquin.

De totes maneres, tampoc aquí les lleis asseguruen la seva posada a la pràctica perquè, com els resultats de la investigació posen en relleu, encara no hi ha un accés equitatiu als serveis de salut ni una informació clara destinada a les persones migrades sobre la tramitació de la documentació necessària per a tal accés.

Amb relació a la mediació sanitària³²

La Unió Europea va implementar la Directiva 2008/52/CE del Parlament Europeu i del Consell, de 21 de maig de 2008, sobre certs aspectes de la mediació en assumptes civils i mercantils³³.

Quatre anys després es va elaborar a Espanya la Llei 5/2012, de mediació en assumptes civils i mercantils³⁴, que va ser complementada poc després amb el Reial decret llei 980/2013³⁵. Amb el temps, com que aquest decret únicament abastava l'àmbit privat, va anar creixent la necessitat d'introduir aquest model de resolució extrajudicial de conflictes a altres àmbits, com el de la salut, que es va incorporar de manera tardana i progressiva, moment a partir del qual algunes comunitats autònomes van anar elaborant les seves legislacions pròpies.

L'arribada tardana de la mediació en l'àmbit sanitari es va produir en

realitat en la pràctica social, mitjançant iniciatives principalment privades o projectes subvencionats, sense que hi hagués una legislació general. Així mateix, hi va haver dificultats per establir una definició de mediació sanitària, ja que hi havia dubtes de si havia d'abastar qualsevol conflicte relacionat amb l'àmbit sanitari o si havia de centrar-se únicament en aquells que es derivessin de la relació assistencial.

L'impuls de la mediació va comportar un avenç en la seva regulació, de manera que algunes comunitats autònomes, com és el cas de Catalunya, van fer un pas endavant i van ampliar la Llei 1/2001, de 15 de març, de mediació familiar³⁶, que va donar lloc a la Llei 15/2009, de mediació en l'àmbit privat³⁷, tot i que va tenir una aplicació molt reduïda en l'àmbit de la salut.

Així, en el nostre context, no disposem d'un marc legal que reguli la mediació sanitària.

³² www.bit.ly/310QlaC

³³ www.bit.ly/2VrfKyk

³⁴ www.bit.ly/2pQWfDA

³⁵ www.bit.ly/2MpmQIJ

³⁶ www.bit.ly/20uET9Q

³⁷ www.bit.ly/2otxmNX



“Jo pensava en si li passés això a la meva filla (quedar embarassada als 16 anys), i jo em dic, he de donar-li suport, he de donar-li suport perquè això com a mare és el que cal fer, donar suport. Sempre quan arriben aquests casos, sempre intento ser mare-suport, encara que sigui medidora. [...] Cal escoltar ... Ella ha de tenir ajudes i no problemes; ella deia que el seu fill seria un problema”.

Maria I Medidora intercultural



“En principi la paraula que havia escollit era “Escoltar” perquè en el meu dia a dia és el que sento del meu treball. Escolto la situació, escolto el cas, l’escolto perquè ella em transmetrà el que jo puc fer per ella. I en aquest escoltar, escolto les promeses, les seqüeles d’aquest dolor, de tot el que ella vulgui transmetre del que ha passat. I aquesta imatge és la dona, que en aquest cas és ella i poso aquestes fletxes perquè són les que m’envien la direcció, les que em van donant la direcció del que jo puc fer per ella i poder dir, bé, vaig amb tu, vaig de la mà amb tu”.

Maria I Medidora intercultural

Metodologia

La metodologia utilitzada en els dos anys d'investigació ha estat la mateixa amb els dos col·lectius (dones usuàries i professionals del sistema públic de salut) per tal de mantenir la coherència del procés i, per tant, dels resultats obtinguts. La metodologia principal utilitzada és la investigació-acció-participació, mètode d'investigació qualitativa que inclou els subjectes mateixos de l'estudi en el seu desenvolupament.

A més a més, s'han utilitzat l'observació semiparticipativa dels grups focals de treball i entrevistes en profunditat semiestructurades.

El desenvolupament de l'IAP ha tingut caràcter art-etnogràfic i s'ha utilitzat una metodologia d'investigació mixta que combina tècniques de recerca etnogràfica amb tècniques d'artteràpia:

- L'etnografia és el mètode d'investigació utilitzat per l'antropologia a partir de l'observació participant o semiparticipativa, que es pot complementar amb entrevistes semiestructurades, és a dir, utilitzant un guió de preguntes que es van adaptant a mesura que la persona informant —persona a qui se li fa l'entrevista— va entrant en uns o altres temes que també poden ser rellevants.
- L'artteràpia és una modalitat psicoterapèutica que utilitza les arts plàstiques com a mitjà per recuperar o millorar la salut mental i el benestar emocional i social.

En aquest projecte no s'ha portat a terme una psicoteràpia com a tal, però sí que s'han utilitzat tècniques pròpies d'aquesta

disciplina per aconseguir l'expressió de vivències i d'opinions relacionades amb l'atenció sanitària durant el procés d'embaràs i part, així com la relació entre les usuàries i les professionals que les atenen, mitjançant tallers dinamitzats per una artterapeuta.

Les sessions d'artteràpia s'obrien i tancaven en un cercle format per les participants, l'artterapeuta i l'antropòloga. En aquestes, després d'una breu introducció sobre els temes que es treballarien en la sessió, es generava un clima apropiat de confiança i uns estats anímics de relaxació i fluïdesa, facilitadors de l'expressió artística a través de dibuixos, treball amb fang o collage, intentant deixar de banda les expressions racionals. Amb aquest procés s'aconseguia arribar a sentiments i a estats d'ànim que posteriorment s'expressaven en paraules i relats als quals no es podria haver arribat sense el procés anterior. Al final del taller es tancava la sessió amb preguntes sobre els temes més rellevants per a la investigació i s'acordava el dia de la següent sessió i de les entrevistes en profunditat amb les participants disposades a realitzar-les.

Durant el segon any, les sessions amb les professionals sanitàries es van centrar en temes concrets que, encara que no de manera tancada, marcaven com l'artterapeuta dinamitzaria les activitats: 1) la relació amb les dones migrades en el procés d'atenció, 2) l'empatia i 3) l'estat dels serveis oferts pel sistema sanitari per a una atenció de qualitat.

La participació de l'antropòloga que va acompanyar les sessions va ser d'observació semiparticipativa, és a dir, en ocasions participava en les activitats proposades per l'artterapeuta, mentre que altres vegades es limitava a observar les dinàmiques

que es produïen, prenent notes i gravant en àudio tot el procés.

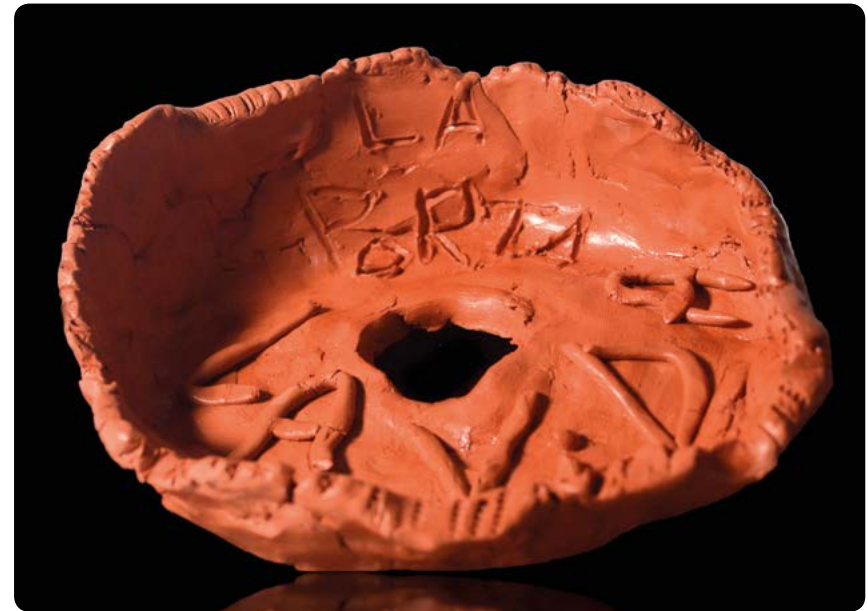
Les entrevistes semiestructurades es van portar a terme en el moment i lloc acordats per les usuàries i les professionals, intentant facilitar un clima agradable i de confiança, així com la màxima participació de qui, de forma voluntària, volia fer-ho d'una manera més propera. Els noms que es reflecteixen en aquest document són pseudònims utilitzats per tal de mantenir la confidencialitat de les participants que han manifestat les seves opinions i que ens han autoritzat a compartir-les.

Així, a les veus de dones de la ciutat de Barcelona que ens van mostrar vivències, experiències i expectatives (resoltes i no resoltes), s'hi han sumat les veus de les professionals. Aquest projecte pretén facilitar una connexió entre els drets i les diverses maneres de viure i experimentar la maternitat, mostrades durant la primera fase per les usuàries, i les vivències professionals de qui les atén i les acompanya i gestiona el sistema sanitari.

La metodologia art-etnogràfica escollida fa que el nostre procés no reuneixi tots els criteris per ser una investigació antropològicament completa ni un procés íntegrament artteràpèutic. No obstant això, la combinació de les dues mirades ha contribuït a construir reflexions i ens ha portat a analitzar marcs de l'àmbit legislatiu i antropològic que ens col·loquen en un context concret que creiem imprescindible per abordar els propòsits del projecte.

Finalment, tenint present la mirada i el focus intercultural del projecte, ens sembla rellevant destacar el que entenem, al llarg d'aquesta investigació, com interculturalitat en salut, basada en la definició d'Alarcón, Vidal i Neira (2013): "En les últimes dècades, interculturalitat en salut o salut intercultural han estat conceptes

indistintament utilitzats per designar el conjunt d'accions i polítiques que tendeixen a conèixer i incorporar la cultura de la persona usuària en el procés d'atenció de la salut. El tema de la pertinença cultural del procés d'atenció és un fenomen que transcendeix l'àmbit exclusivament ètnic, ja que implica valorar la diversitat biològica, cultural i social de l'ésser humà com un factor important en tot procés de salut i malaltia. El respecte d'aquesta diversitat [...] ha posat a l'equip de salut en l'imperatiu de desenvolupar estratègies que facilitin la relació metge-pacient".



“És un úter des de dintre, quan s'obre”.

Àgata I Llevadora

Treball de camp

Les sessions i les entrevistes ens van donar l'oportunitat d'escoltar les veus i experiències de les dones, professionals sanitàries, mediadores interculturals i de les agents de salut comunitària, i vam recollir les seves vivències amb relació a l'atenció a l'embaràs i el part tenint com a eix transversal l'interculturalitat de l'atenció sanitària. D'una banda, hem observat la part humana de les relacions, és a dir, el contacte directe entre les usuàries i les professionals que les atenen i, de l'altra, els recursos del sistema sanitari (estructures, temps, equips humans i/o espais) i la seva influència en l'atenció que s'ofereix.

4.1 _ Atenció a les usuàries

El sistema sanitari català s'emmarca en la biomedicina pròpia de les societats occidentals, que es caracteritza per l'estudi científic de la salut i l'enfocament en el procés de les patologies de les malalties, per la qual cosa el seu coneixement queda dividit en compartiments estancs cada vegada més especialitzats, de manera que la supremacia dels aspectes biològics invisibilitza la resta: els aspectes socials, culturals o econòmics de la persona. Segons la definició de Menéndez E. (1978), que incorporem en la nostra investigació: "Aquest corrent es caracteritza pel seu biologicisme, el seu individualisme, la seva ahistoricitat, la seva associativitat, el seu mercantilisme i la seva eficàcia pragmàtica". En aquest sentit, la medicina hegemònica (biomedicina) es basa en l'eliminació del símptoma que causa la malaltia, en la racionalitat científica com a punt indiscutible i en els processos biològics de cada persona en concret, independentment de les causes, que van més enllà d'allò purament biològic.

Una altra de les crítiques a la biomedicina se centra en el fet que aquesta invisibilitza o nega altres pràctiques, coneixements, sabers corporals i de curació pròpies d'altres cultures no occidentals i no-biologistes. La biomedicina tendeix, a més a més, a problematitzar processos fisiològics de manera que acaben sent tractats i controlats com si es tractessin d'una malaltia. Aquest és el cas del fenomen de medicalització de l'embaràs i del part: "L'èxit en els avenços de la ciència i de la tècnica, magnificats en moltes ocasions pels mitjans de comunicació, han contribuït a ampliar l'àmbit de la clínica a problemes que tradicionalment no corresponien als fins de la medicina, el que es coneix com medicalització de la vida" (Alonso Mayo, Etanís *et al.*, 2009, 9).

A causa d'aquesta medicalització i al control que el sistema mèdic exerceix sobre el cos de les dones, hem observat que moltes d'elles no se senten protagonistes del seu procés vital d'embaràs i part.

Aquests factors, units a la lectura de la dona com a vulnerable en el procés d'embaràs, part i puerperi, donen lloc al fet que aquests processos es tractin com a problemes de salut que han de ser supervisats i controlats per les i els professionals sanitaris. A més, "les metàfores utilitzades en la descripció del part, la menopausa i altres funcions biològiques femenines s'inspiren no tant en el discurs mèdic, sinó en el discurs cultural sobre les dones a les societats occidentals" (Martin, 2008, 241).

En el marc de la nostra investigació, podem relacionar aquest discurs cultural de què ens parla l'autora amb el testimoni d'una de les gestores sanitàries en què, a més de la relació de poder professional-usuària, s'estableix també la d'home-dona:

“En una situació vital com és el naixement... crec que les dones amb aquestes contradiccions, amb aquesta medicalització, encara que estigui canviant, crec que té a veure amb el paper que han tingut els homes en la medicina, potser estic pensant més en homes ginecòlegs que en dones llevadores i, després, perquè se'ls situa en aquest procés... per als gines és molt difícil deixar la medicina, la formació que reben en medicina, és una formació amb aquesta motxilla que porten de... de masclisme”.

Teresa | Gestora sanitària

Pel que fa a les relacions entre professionals sanitàries i usuàries, cal tenir en compte que el mateix model biomèdic porta intrínsec unes relacions de poder basades en el fet que les professionals són les que posseeixen el coneixement, mentre que el coneixement de les usuàries, com a dones o com a mares és, en general, desestimat o infravalorat per aquestes professionals: “El metge era qui coneixia la malaltia del pacient i, per tant, les seves necessitats de salut; ell decidia segons el seu criteri des de la informació que necessitava fins a les mesures terapèutiques que el pacient necessitava. Tot això ho feia en nom del malalt, però no forçosament d'acord amb el criteri d'aquest últim” (Alonso Mayo, Etanis *et al.*, 2009, 10).

Aquestes relacions de poder entre professional i usuària preparen el pretext per justificar la violència obstètrica —entesa com totes aquelles pràctiques exercides sobre el cos de la dona sense una necessitat real de dur-les a terme o sense haver consultat i informat prèviament la usuària per tal que doni el seu vistiplau i

consentiment a la realització de tal pràctica— que, tot i que cada vegada en menor mesura, continua existint en el sistema sanitari actual, associat al model de societat patriarcalitzada en què encara vivim. La violència obstètrica s'emmarca, en aquest sentit, dins de les violències de gènere.

“A mi, el fet d'acompanyar un part em remou les entranyes... és tan profund, tan... (plora). No ho entenc, t'ho juro, que hi hagi gent que no respecti... quan sents una dona parlant d'una experiència dura, dius: com pot ser que això estigui passant? És molt horrorós, no ho puc verbalitzar...”.

Alba | Llevadora hospitalària

“És que la violència obstètrica existeix... Sobretot, en el part”.

Àgata | Llevadora d'ASSIR

Cal destacar, d'aquest últim comentari, que tot el grup de llevadores d'ASSIR que participava en el taller va estar d'acord amb l'afirmació.

En els últims anys hi ha hagut canvis en els protocols d'atenció a l'embaràs i el part amb l'objectiu de millorar el tracte humà, línia en la qual es continua treballant en els diferents ASSIR i hospitals en els quals exerceixen les professionals participants d'aquesta investigació. Una de les prioritats és desmedicalitzar el procés, de manera que es tornin a atendre l'embaràs i el part com a processos fisiològics, i no patològics:

“Hi ha un canvi generacional i volen canviar els comandaments, volen canviar una mica quina és la funció del comandament, i interessa també un canvi en el model, anant més cap a l’atenció de la normalitat, donar poder més a les llevadores, en un hospital de tercer nivell”.

Anna | Gestora sanitària

Com a exemple, s’han desenvolupat protocols com el *pell amb pell*, amb l’objectiu que es reservi un període de temps segur i suficient en el moment immediatament posterior al part perquè el o la nounada i la seva mare o pare puguin mantenir contacte físic directe.

D’altra banda, hi ha també la proposta de generar un clima de confiança entre la professional que atén i la usuària, de manera que sigui més fàcil aconseguir una comunicació fluïda que abasti altres aspectes, a més del biològic, perquè la dona se senti més còmoda per expressar sentiments, pors o inseguretats:

“Vaig veure molt interessant l’oportunitat que el mateix col·lectiu de llevadores de l’hospital pertanyés a un ASSIR, amb l’objectiu de generar continuïtat i generar contactes mixtes, i que les dones que s’atenien en un ASSIR poguessin trobar la mateixa llevadora en el part. Que puguin trobar la mateixa llevadora a la sala de parts em sembla com un contínuum molt interessant de treballar... la direcció donava suport perquè les

noves places fossin mixtes amb primària i també em va semblar molt interessant, això...”.

Anna | Gestora sanitària

Veiem en altres aspectes, com, encara que sigui des del mètode científic i el rigor burocràtic marcat pels protocols, es van incloure noves dimensions en el tracte:

“Bé, sempre es pregunta com estàs. Però normalment la resposta és: bé... No entres, no tenim protocol·litzat preguntar més a nivell emocional a fons... Si ara el nou protocol especifica que en el primer i el segon trimestre s’han de fer quatre o cinc preguntes, em sembla que són, en què es pregunta específicament sobre temes emocionals, llavors a partir d’ara cada trimestre ho farem, ho fem en la història clínica... quatre preguntes que es basen en el benestar emocional”.

Neus | Gestora sanitària

Un terç de les llevadores entrevistades van esmentar que, en el nou protocol d’atenció, a més d’incloure la dimensió emocional mitjançant les preguntes sobre les quals parlava la gestora, s’inclouen, també, tres preguntes per esbrinar si la dona que està passant consulta ha viscut algun episodi de violència de gènere a llarg de la seva vida.

No obstant això, en aquest projecte, no ens referim únicament a la dimensió emocional, també a la social i cultural. És per aquest motiu que cal destacar aquí la importància de la figura de les

mediadores interculturals i les agents de salut comunitària, que, encara que fa uns anys estaven més presents a les consultes, la seva figura mai es va acabar de consolidar:

“La mediació és un paper molt poc valorat, l’han retallat perquè no és valorat, però després t’adones que tu vas allà per ajudar i per fer que s’entenguin, però moltes vegades no ens fan cas... en l’àmbit social en general hi és però no li fan cas. És un paper molt difícil, de vegades, i molt poc valorat”.

Florentina I Mediadora

Les conseqüències de la seva no-estabilització en l'àmbit professional dona lloc a confusions: “No es pot obviar que la mediació intercultural es troba molt propera a altres exercicis professionals ben delimitats en diversos àmbits de la intervenció social, molt especialment amb el treball o l’educació social. Aquesta proximitat dona lloc a confusions tant en els rols d’aquests professionals com en els límits de les seves actuacions” (Antonin, 2013, 63).

Una de les confusions principals és la de referir-se a les mediadores o agents comunitàries com a traductores, de manera que s’invisibilitza, així, la seva funció de facilitar l’intercanvi de coneixements entre les persones migrades i el personal sanitari. La seva funció no només persegueix reduir les barreres lingüístiques, sinó també les culturals.

Les usuàries tampoc semblen tenir clar el paper d’aquestes professionals, raó per la qual tres de les mediadores del grup va

afirmar rebre trucades als seus telèfons personals i fora del seu horari de treball perquè els solucionessin qüestions relacionades, o no, amb l’àmbit específic sociosanitari.

La mediació intercultural sorgeix “arran de l’augment de la immigració i, per tant, de la necessitat de crear ponts d’entesa entre la societat autòctona i les cultures que s’hi han anat establint” (Antonin, 2013, 55).

Només mitjançant la creació d’aquests ponts es pot aconseguir un accés equitatiu a la sanitat pública i, a més, prevenir la reproducció dels estereotips i d’actituds racistes. Ens hem trobat, en la majoria dels testimonis de les professionals sanitàries, que les actituds que més qüestionaments morals els provoquen són majoritàriament referents a les dones pakistaneses, qui, per raons culturals, acostumen a preferir ser ateses per ginecòlogues en comptes de per ginecòlegs. Davant d’això, les professionals amb les quals hem treballat no solen tenir problemes per acceptar el canvi, encara que algunes es pregunten fins a quin punt s’ha d’adaptar el sistema i no la usuària. Cal destacar, de tota manera, que aquest canvi se sol·licita en les gestions administratives i no en les sanitàries i que és el personal administratiu, qui, en alguns casos, s’hi mostra reticent.

Els beneficis de la mediació intercultural es tradueixen en un major enteniment entre les professionals sanitàries i les usuàries i en el fet que aquestes tinguin la possibilitat d’expressar-se i viure el procés que està per arribar amb tranquil·litat, confiança i coneixement: “Els estudis desenvolupats en diferents països demostren que els serveis de mediació intercultural incrementen el grau de satisfacció de les persones usuàries i dels

i les professionals, redueixen els costos sanitaris i, encara més important, milloren la qualitat de l'assistència per al conjunt de les persones usuàries" [Carratalá Pérez, 2010, 8].

Veiem aquí el testimoni d'una agent comunitària amb relació al que s'ha exposat:

“El primer pas que faig sempre, o que sento que he de fer, és escoltar [...] escolto la situació, escolto el cas, l'escolto perquè ella transmetrà el que jo puc fer per ella; [...] I en aquest escoltar, jo escolto les promeses, les seqüeles d'aquest dolor, de tot el que ella vulgui transmetre del que ha passat...”.

Maria | Mediadora

Finalment, cal destacar la voluntat de les participants del projecte de millorar l'atenció a la interculturalitat, perquè són conscients de la necessitat del servei de mediació intercultural que comentem:

“Volem mediadors, per favor! [...] Sí que és veritat que la barrera idiomàtica... és un problema, és un problema molt important, però quan pensem que hem superat la barrera idiomàtica... per exemple, població sud-americana, no tenim barrera idiomàtica, parlen castellà, per tant, ens entenen. Si diem mira, has de fer una ecografia, ara farem una analítica per al mètode anticonceptiu... ens entenen perfectament. Però continuen havent-hi aspectes relacionats amb la cultura...”.

Teresa | Gestora sanitària

Les professionals ens expliquen que quan es troben amb un cas en què el desconeixement de l'idioma impossibilita completament la comunicació, de vegades utilitzen el recurs d'interpretació ofert per Sanitat Respon, és a dir, un servei de traducció telefònica, per la qual cosa el telèfon va passant de la professional sanitària a la usuària i viceversa. Aquest procés requereix molt de temps, temps que no es podrà invertir en altres aspectes de la persona.

Cal parar atenció a aquesta petició de mediació, especialment pel que fa al procés d'embaràs i part, ja que: “Les taxes de fecunditat són comparativament més elevades entre les dones immigrades respecte de les autòctones i el part és la causa principal d'ingrés hospitalari entre la població estrangera. L'existència de deficiències socials i econòmiques entre les dones immigrants [...] dibuixa un escenari de disparitats profundes i de necessitats insatisfetes en els àmbits de la salut materna i la salut reproductiva” [Santiñà, Méndez, 2009, 7-8].

Entre aquestes deficiències es troben la manca de xarxes de suport, amb la conseqüent *soledat* que envolta les dones, terme utilitzat per tots els grups amb què hem treballat per descriure com arriben les usuàries a la consulta, a més d'altres com *amb por*, arrossegant el *dol migratori* o *amb dificultats socioeconòmiques*. Tots ells, conceptes que s'entrellacen quan tractem de descriure com les professionals llegeixen les experiències de les usuàries després de les seves trobades. Cal fer un apunt sobre aquest aspecte per manifestar que les usuàries participants en la primera fase de l'estudi no feien una lectura d'elles mateixes com de persones *soles* o mancades de xarxa de suport, sinó que, tot i viure situacions d'exclusió social, definien les seves experiències com a moments en els quals van haver de *tirar endavant* amb

determinació i sense sentir-se víctimes de la situació que estaven vivint.

Com ja s'ha comentat, en l'actualitat el servei de mediació està molt debilitat, per la qual cosa, en ocasions són les llevadores mateixes, en l'atenció a la usuària, les que han de buscar altres recursos per oferir un tracte més proper a la dona, intentant, a més, superar certes dificultats, com la idiomàtica o la cultural:

De totes maneres, jo... una cosa és conèixer les cultures i com pots acompanyar, però si això no va acompanyat d'una actitud... Crec que parlem massa, en general, els professionals sanitaris, quan acompanyem (riu). Vull dir que de vegades millor calladet i que facin el seu ritual; escoltar molt més i parlar molt menys. I més si és una altra cultura...”.

Alba | Llevadora hospitalària

Hem de destacar la importància que han donat tots els col·lectius amb els quals hem treballat en les sessions i entrevistes a l'empatia, al llenguatge no verbal i a alguns d'aquests recursos utilitzats:

“Bé, jo crec que tinc molta facilitat per tenir empatia, potser per l'experiència que vaig tenir i perquè a mi l'antropologia em va ajudar molt a entendre les cultures, i potser s'hi afegixen les meves experiències personals i llavors, bé, jo, de vegades, quan arriba una senyora i dius: uf!, amb aquesta com em relacionaré, i ho veus molt fàcil, amb dues paraules i una mirada...

a mi... bé, jo crec que jo connecto amb la gent molt fàcilment, no em costa gens. És fonamental, bàsic a la feina”.

Dolors | Llevadora d'ASSIR

“Jo, l'empatia, doncs la despertes perquè hi ha coses que potser t'arriben o dones que potser intentes ser empàtica en el sentit de no només em fixo en els paràmetres químics de la teva analítica, no? Sinó que potser tens en compte altres coses. [...] Llavors hi ha coses d'aquestes, doncs que sí que saps que te les vas guanyant a poc a poc, perquè et poden veure com una persona més enllà de la persona de bata blanca que em renya perquè m'he engreixat 3 quilos aquest mes, oi?”.

Catalina | Llevadora d'ASSIR

L'empatia és clau en el treball amb dones que estan vivint el procés d'embaràs i part, moment d'especial vulnerabilitat, però també d'especial força en les seves vides, així ho han afirmat les professionals de tots els grups. L'absoluta majoria de les dones afirma que l'empatia depèn de la persona en ella mateixa, no del col·lectiu professional al qual pertany ni al seu sexe. Cal aclarir, també, que algunes de les professionals pateixen una cosa semblant a un excés d'empatia que fa que s'emportin càrregues emocionals a casa, i és que: “Els naixements poden ser traumàtics per a totes les persones involucrades; obstetres i llevadores estan sotmeses a tensions molt diferents a les que pateixen les dones a les que atenen” (Hogan, 2016)³⁸.

³⁸ Traducció pròpia.

Finalment, i amb relació a l'empatia, cal reflexionar sobre el fet que aquesta no respon únicament a una qüestió individual, sinó que també respon a les nostres construccions socials i morals que, alhora, responen també a les relacions de poder imperants en la nostra societat, que subordinen les persones *no blanques*.

Aquest racisme, com que està present encara en la nostra societat, es reflecteix també en els centres sanitaris, repercuteix en l'atenció a les dones usuàries i, per tant, ha de ser anomenat i tingut en compte a l'hora de dissenyar les propostes de millora.

4.2 _ Atenció de qualitat: hi ha recursos suficients?

Pel que fa als recursos per a l'atenció, les professionals no se senten escoltades quan formulen peticions de canvis en l'estructura a favor de professionals i usuàries:

“Hi ha coses que no es valoren, ja no en actitud de treball, jo què sé, per exemple, d'estructura. Però a qui li importa? Ja pots estar batallant que tenim uns sostres baixos, que no tenim llum, i després veus que es gasten una milionada en altres coses que potser tenen un impacte més visual, que no... no sé si m'explico. (La resta afirma que sí). Vull dir, tens certes necessitats i tu dius, bé, a qui li importen? A mi m'importa, per la gent que està treballant amb mi, però a algú més li importa? No. Aquesta és la sensació de solitud. No és un problema, però és un estat i moltes vegades un estat en què veus que hi ha certs interessos al darrere i certes coses que dius és... és la vida, que és així”.

Jina | Gestora sanitària

L'espai d'atenció és un factor a tenir en compte, ja que intervé en la manera en què les usuàries sentiran l'acollida:

“El que teníem abans una mica al nostre centre, l'ideal, oi? Colors així càlids, formes arrodonides, llum tènue [...] i després una mica el que ens trobem, oi? Tot blanc, impol·lut i tot... Però en canvi és més així, oi? Talla, punxa, fa mal, està prohibit, el quiròfan...”.

Dolors | Llevadora d'ASSIR

En el grup de llevadores d'ASSIR es va obrir un debat al voltant del tema dels espais, i cadascuna va aportar algunes de les mancances que troben en el seu dia a dia en els seus llocs de feina. La més notòria va ser la falta de llum natural, que diuen que és beneficiosa per a una major i més ràpida recuperació. Una altra llevadora ens explica que en el seu lloc de feina van demanar que s'instal·lessin banyeres per als parts de les dones i que després de rebutjar la seva petició, la gerència se'n va penedir. Una altra ens explica que en el seu CAP les lliteres no entren per les portes, o una altra, que les façanes en el seu centre són de vidre i que a l'hivern passen molt de fred.

Per no quedar-nos només en les experiències negatives, cal destacar que, pel que fa a les queixes sobre els espais estandarditzats, també s'estan produint canvis:

“De fet, tots els hospitals que estan fent, tots els fan en una línia de colors que... Vull dir que el blanc quirúrgic i això, s'està traient... fora d'aquí...”.

Dolors | Llevadora d'ASSIR

Així i tot, no només s'ha de tenir en compte l'estructura de l'espai, sinó també, per exemple, les interrupcions per part d'altres professionals, per part d'administratius, metges o llevadores, que entren a la consulta quan s'està atenent una usuària. Destaquem un comentari puntual, però pertinent, perquè reivindica el dret a la intimitat de la usuària:

“Amb una mateixa senyora van entrar cinc persones diferents i jo ja li vaig dir a ella: escolta, mira, ens ho prendrem en actitud de conya perquè, és clar, això... ni per a tu ni per a mi, oi?”.

Catalina I Llevadora d'ASSIR

Les queixes de l'espai arriben també des del col·lectiu de les mediadores, que no tenen un lloc estable assignat per treballar:

“Quan vaig anar a treballar i vaig dir: necessito un despatx i necessito un ordinador, m'han dit: mmm, la mediadora que hi havia abans no demanava això...”.

Firdaus I Mediadora

De fet, les mediadores, actualment, tampoc tenen un horari estable, perquè a partir de la crisi i les retallades consegüents en sanitat, el sistema es va anar desprenent d'aquest servei fins a deixar-lo relegat a moments puntuals; dues mediadores ens diuen que les criden des d'hospitals o CAP per a casos concrets en què hi ha algun tipus de dificultat extrema. No és difícil imaginar que el seguiment dels casos resulta dificultós, i això perjudica, també i sobretot, les usuàries:

“Sobretot la ginecologia, per a les dones és una mica... no pot obrir-se i explicar-ho tot... i després que vingui una altra persona i haver de fer el mateix... Llavors això és una mica complicat, jo crec que és... si una usuària ve, s'ha de trobar amb el mateix mediador o mediadora”.

Alia I Mediadora

El testimoni anterior expressa com n'és de complicat per a algunes dones parlar de temes de sexualitat i de la seva intimitat i, per tant, per respectar la seva confidencialitat, cal un servei estable i continu. Altrament, les dones que acudeixen a les consultes, cada vegada es troben amb una mediadora diferent a qui han de tornar a explicar tota la seva història o, fins i tot, hauran d'acudir acompanyades del seu marit, fill o filla, cunyada o amiga, situació que pot generar incomoditats.

Els casos més comuns explicats per les llevadores, tant d'ASSIR com d'hospital, són l'acompanyament de marits o fills/es de les dones marroquines, que no se senten còmodes parlant obertament sobre la seva sexualitat amb ells a prop.

Ens hem trobat amb un altre cas freqüent: l'acompanyament per part dels fills i filles a les dones xineses. Els nens i nenes, que ja coneixen l'idioma, fan d'intèrprets de les seves mares, i han de preguntar-los temes relacionats amb la regla, relacions sexuals i similars, fet que incomoda totes les parts involucrades. Sobre el col·lectiu de les dones xineses comenten, a més a més, que moltes vegades arriben a la consulta amb el telèfon a la mà i un intèrpret a l'altra banda de l'aparell de manera que, igual que amb

el servei de Sanitat Respon, cal anar-se passant l'aparell telefònic de professional a usuària, cosa que dificulta la fluïdesa necessària en aquest tipus de consultes.

A què ens porta, això? L'ús d'un intèrpret informal fa que les professionals sanitàries tinguin una sensació de frustració i impotència. La majoria de professionals explica situacions en què les dones responen a les preguntes que se'ls fan amb un relat considerablement extens, mentre que els intèrprets puntuals (parelles, fills, etc.) tradueixen les respostes amb un relat simplificat que genera a les professionals una sensació d'incertesa i incomoditat, perquè no saben amb certesa si el missatge ha estat transmès i rebut de la manera que es pretenia.

Quant al que ens afirma una de les llevadores d'ASSIR, cada vegada hi ha més protocols com el referit a l'àmbit emocional, però ens trobem que posar-ho en pràctica és més complicat:

“I, a més, és que has de ser eficaç en el temps que tens. Perquè potser no et pots aturar en gaires sentimentalismes, cal ser efectiva”.

Catalina I Llevadora d'ASSIR

Aquests sentimentalismes de què ens parla aquesta llevadora són més fàcils d'abordar amb les dones autòctones, ja que hi ha un enteniment major i més ràpid a causa del coneixement de l'idioma i pel fet de compartir els mateixos patrons culturals. No obstant això, amb dones d'altres orígens i sense la intervenció d'una figura mediatra, arribar a abordar aquests temes és més complicat per a les professionals, que tenen uns ritmes pautats d'assistència.

D'aquí la insistència en tornar a donar protagonisme a la mediació intercultural.

En els últims anys estan apareixent nous projectes de promoció del part no-medicalitzat, que passen per les obertures de cases de naixement:

“La casa de naixement, ara, de Martorell... El que es pretén, perquè ara la Generalitat el que vol és obrir un nou format... són cases de naixement. Llavors seria una mica un pas intermedi, en la meva interpretació, entre l'assistència purament hospitalària i el part a casa. Serien unes unitats que ara mateix es troben encara dins de l'hospital, i són unes unitats gestionades per llevadores, llevadores només. Sempre en coordinació amb l'equip ginecològic i pediàtric, però en principi els porta la llevadora. Són dones de baix risc que volen part natural”.

Natalia I Llevadora hospitalària

Aquestes unitats avancen en la línia d'una petició recurrent, almenys entre les llevadores dels grups amb què hem treballat, i és la d'una voluntat de major autonomia de la seva professió, a la qual es refereixen com a professió independent.

A favor seu tenen diversos arguments. Un és un model, present ja en països com el Regne Unit, que comporta un augment de professionals sanitàries llevadores enfront del de ginecòlogues. És el model anomenat *one to one*, que pretén desmedicalitzar el part, prenent com a punt de partida els drets humans i la voluntat

d'apoderament de les professionals i de les usuàries atenent la diversitat cultural. L'objectiu és donar un major suport emocional i una atenció individualitzada basada en la continuïtat i la confiança.

L'Estatut del personal sanitari no-facultatiu de les institucions sanitàries de la Seguretat Social³⁹ a Espanya és un document de 1973, els articles 66 i 67 del qual descriuen les funcions de les llevadores mitjançant un llenguatge autoritari, que no els reconeix cap autonomia i que les relega a auxiliars dels ginecòlegs.

No obstant això, el 2003, amb la introducció de nova legislació, es pretenia deixar enrere la diferenciació entre professions facultatives i no-facultatives per passar a reconèixer les competències de cada professió de manera diferenciada per anar suplint la jerarquia que comportava l'estatut anterior. Es va crear, així, la Llei 55/2003⁴⁰ del nou estatut marc que reconeix l'autonomia i la responsabilitat de cada professió.

Filant més prim, trobem també la Llei 44/2003, d'ordenació de professions sanitàries⁴¹, que en l'article 4.7 reconeix l'autonomia de les llevadores sempre que la labor que exerceixen entri dins les seves competències —Directiva 2005/36 /CE⁴², que reconeix les seves facultats— i estigui basada en l'evidència científica.

Tenint en compte el discurs de les llevadores participants en el projecte, podem concloure que aquest moviment per l'apoderament i la desmedicalització no s'ha dut a terme únicament mitjançant un canvi legislatiu, sinó que va acompanyat d'un moviment social i feminista que es tradueix en la quantitat d'associacions^{43/44} que tenen una línia d'acció fonamentada en la defensa dels drets sexuals i drets reproductius i en la voluntat d'oferir atenció de qualitat durant l'embaràs i el part.

³⁹ www.bit.ly/2Mpn8pP

⁴⁰ www.bit.ly/2IAf302

⁴¹ www.bit.ly/2AY1u6I

⁴² www.bit.ly/2LYm654

⁴³ www.bit.ly/35Cslmr

⁴⁴ www.llevadores.cat

Les campanyes que aquestes associacions duen a terme giren al voltant de la necessitat d'informar les dones sobre els seus drets i de reivindicar davant de les institucions sanitàries l'abordatge de la violència obstètrica.

Com el col·lectiu mateix reconeix, la pressió social sobre les llevadores té una història llarga de medicina patriarcal, jeràrquica, intrusiva i paternalista sobre la qual s'haurà de seguir lluitant perquè les lleis esmentades no quedin en paper mullat i es duguin realment a la pràctica. D'aquesta manera, es podrà aconseguir un major respecte per aquesta professió que s'autoproclama autònoma, i les professionals seran reconegudes com a tals, sense qüestionaments.

“Ser capaços una mica de..., els embarassos de baix risc i de normalitat també s'han de poder atendre amb respecte i amb la fisiologia, en aquest sentit donar poder a les llevadores, organitzar-nos una mica com a servei i què és el que aportem tots com a equip, i liderar un projecte que per a mi em sembla fantàstic, que és la casa de parts”.

Anna I Gestora sanitària

“Hi ha coses que es fan que són perjudicials i no es canvien. No m'ho puc creure, com costa, no m'ho puc creure. Penso que, això, falta autonomia per a les llevadores”.

Alba I Llevadora hospitalària

“Som una professió autònoma, som especialistes en el part normal, a assistir dones, la fisiologia...”.

Àgata I Llevadora d'ASSIR

Aquesta mateixa llevadora d'ASSIR es refereix a la seva professió com a feminista i a les professionals que l'exerceixen com a activistes feministes, atès que mitjançant l'autonomia pretenen recuperar el poder en les pràctiques vinculades a l'execució de la seva professió de manera que es tendeixi al part no-medicalitzat i al respecte de les voluntats i les decisions de les usuàries.



“Jo també m’hi he vist [referint-se als ginecòlegs]... Quan vaig començar en el món de la infermeria, que la por em feia moltes vegades no preguntar per aquesta part emocional, el tu com estàs o com ho portes tot això... Per no saber després què fer... Si em diuen que estan malament jo què faig...? Però al final és escoltar, acompanyar...”

Esther I Llevadora hospitalària

Conclusions

La biomedicina o medicina hegemònica es relaciona directament amb la manera que tenen les professionals sanitàries d'atendre les usuàries perquè porta implícites les relacions de poder que situen les primeres per sobre de les segones. Al seu torn, aquestes relacions es poden associar als excessos de medicalització existents, ja que les patologitzacions de processos fisiològics seran les que donin motius suficients per augmentar l'intervencionisme sobre els cossos.

Veïem aquesta concepció present en el discurs de les professionals sanitàries, que esmenten termes com l'intervencionisme i la violència obstètrica que s'exerceix sobre les usuàries per descriure l'atenció que se'ls proporciona, però no es va manifestar de manera explícita en la primera fase de la investigació amb les dones usuàries migrades. El fet de no conèixer el llenguatge tècnic de les professionals i de no reconèixer els seus drets sexuals i drets reproductius contextualitzava el fet que en les seves experiències no s'hi relatessin pràctiques abusives, fins que van entrar en diàleg amb l'antropòloga i van poder discernir aquestes pràctiques catalogant-les, en alguns casos, com a no-pertinents.

Des de temps recents, el creixement del moviment feminista i de les organitzacions de dones, així com un accés major a la informació via recursos com internet, ha facilitat que les dones s'hagin anat apoderant fins a ser elles mateixes les que han començat a mobilitzar-se per demanar la desmedicalització de processos com són l'embaràs i el part. Tal com la Dolors, una de les llevadores d'ASSIR, ens comenta, el canvi ha estat, més aviat "de baix cap a dalt".

Arran d'això, i colze a colze amb el canvi generacional que s'està experimentant, les noves professionals arriben més sensibilitzades, i tot plegat influeix en la creació de nous protocols en la línia de l'atenció al part no-medicalitzat i de l'expansió de la salut cap a àmbits emocionals, socials i culturals i no únicament biològics. També es treballa per aconseguir un tracte que tingui continuïtat amb les dones, que sigui facilitador de relacions més igualitàries i de major confiança entre professional i usuària, deixant enrere, d'aquesta forma, les relacions de poder. Així ho hem vist en esmentar el protocol que pretén generar places mixtes⁴⁵ entre ASSIR i hospitals, i així ho vam veure també durant la primera fase del projecte, en la qual les usuàries van fer referència a la voluntat de mantenir el seguiment del seu procés d'embaràs i part amb la mateixa llevadora, de manera que aquesta les conegués i no haguessin de viure cada visita com una primera visita en la qual relatar el mateix, afegint les novetats.

Per crear aquests lligams no serà suficient només la continuïtat, ja que per a les dones migrades amb les quals hi ha un major grau de complexitat en l'atenció, sigui pel desconeixement de l'idioma o pel de la cultura, la mediació ha de tenir en compte també aquestes diferències culturals. És llavors quan apareix la necessitat de la figura de la mediadora intercultural que, com ja hem vist, facilita l'entesa, l'intercanvi de coneixements i, per tant, la relació, no només en l'àmbit de l'idioma, sinó també en el cultural. D'aquesta manera, serà possible, també amb les dones de diversos orígens, cuidar aspectes més enllà dels biològics.

Perquè això sigui possible, la figura de la mediadora intercultural ha de consolidar-se, ser valorada i respectada com a professió necessària en l'atenció. En cas contrari, les llevadores i

⁴⁵ Les places mixtes es caracteritzen pel fet que el personal mèdic reparteix la seva tasca assistencial entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària més especialitzada.

ginecòlogues hauran de continuar assistint les usuàries utilitzant l'empatia i el llenguatge no-verbal, terceres persones o sistemes de traducció com a eines de comunicació. Si bé aquestes mesures poden ser efectives amb les dones autòctones, no seran suficients per a les dones migrades.

Tant en la primera com en la segona fase del projecte es va discutir molt sobre l'empatia de les professionals sanitàries. A la primera fase, les usuàries van mostrar opinions dispars sobre aquest tema, ja que algunes van parlar de la seva mancança, mentre altres enaltien aquesta qualitat i el tracte rebut per les llevadores. En la segona fase, hem vist que les professionals participants valoren l'empatia i la descriuen com totalment necessària en una feina com la seva, en la qual predomina el tracte humà, però també són crítiques en aquest aspecte i descriuen situacions o pràctiques portades a terme per algunes de les seves companyes en què l'empatia no s'exerceix. Tant unes com altres, però, coincideixen a no ser capaces d'associar un col·lectiu professional determinat —ginecòlogues, llevadores, auxiliars, etc.— amb una major predominança d'aquesta qualitat tan valorada.

Un altre dels factors importants detectat per la investigació que afecta directament la qualitat del tracte i de l'atenció de les persones usuàries és el racisme existent en la nostra societat en general i, per extensió, als centres sanitaris. Aquest és un problema estructural que, com a tal, s'ha de tenir sempre en compte, i de manera transversal, en el moment de suggerir i dissenyar qualsevol proposta de millora.

Pel que fa als recursos disponibles, veiem que es prioritzen aquells relacionats amb la millora de les estructures en el camp

estètic més que no pas en el funcional, ja que llevadores, gestores i mediadores fan peticions per millorar la qualitat de l'atenció i la comoditat tant de treballadores com d'usuàries, de vegades fins i tot argumentant aquestes peticions amb bibliografia que els dona suport, però no reben cap resposta.

Els recursos per a la mediació són encara escassos i encara que fa uns anys n'hi va haver en major presència, actualment tornen a ser pràcticament inexistents o molt puntuals. Aquest fet limita l'efectivitat del seguiment de les usuàries d'origens diversos, perquè han d'acudir a les consultes amb una tercera persona que faci de traductora, aspecte que augmenta la inseguretat de les professionals que no confien que el missatge que volen transmetre hagi arribat tal com elles ho pretenien. Encara que algunes de les dones de la primera fase, marroquines i pakistaneses, descriuen com a "incòmode" el moment d'acudir a la consulta amb un acompanyant intèrpret, no van descriure la falta de mediació com una mancança del sistema sanitari. Tampoc ho van fer les dones llatinoamericanes que, tot i compartir l'idioma, provenen d'una cultura també diferent. Les professionals, per la seva banda, conscienciades amb el tema i amb l'objectiu de millorar l'atenció a les usuàries, sí que van manifestar la voluntat de disposar d'aquesta figura professional.

Hem vist, també, que, tot i l'aparició de nous protocols que apunten a millorar la qualitat en l'atenció, no s'augmenta el temps de les consultes per posar-los en pràctica.

Per acabar, i com a conclusió final, podem observar que, des de fa un temps, tant els espais com l'atenció estan integrant una sèrie de canvis que apunten a la desmedicalització del part, així

com a una major autonomia professional de les llevadores i del seu prestigi social, de la mateixa manera que s'està fent en altres països europeus, on el nombre de professionals d'aquest sector supera el de ginecòlogues.



“Els colors és perquè sempre hi ha negres, blancs, grisos, sempre hi ha llum. És com que aquí estem nosaltres, que passes d’ajudar, acompanyar i passes tots els processos i és una passada perquè a dintre tenim llum i amb la nostra feina de llevadores ho tinc claríssim, tenim llum”.

Alba I Llevadora hospitalària

Des de la nostra experiència, què recomanem?

“Millorar l'accés als drets sexuals i drets reproductius de les dones migrades en edat fèrtil des de l'atenció a la salut suposa facilitar als professionals de la salut eines que permetin crear una relació eficaç i satisfactòria, no únicament en termes de diagnòstic i tractament, sinó també en termes d'empatia i creació de llaços de confiança, cosa que permet abordar la salut des d'una perspectiva més enllà de l'òptica biomèdica. En aquest sentit, introduir la perspectiva de gènere i tenir en compte la dimensió cultural vol dir evitar els biaixos en l'atenció i comprendre que moltes de les situacions que viuen les dones migrades i que afecten el seu estat de salut són conseqüència de la seva posició en l'estructura social” (Gómez, Ouaraab Essadek *et al.*, 2014, 3).

Prenent com a punt de partida aquesta premissa i el que hem exposat al llarg d'aquest document, proposem:

6.1 _ En termes generals

- ✓ Promoure la investigació amb enfocament intercultural, de drets i de gènere, que es basi en les necessitats i prioritats que tenen, d'una banda, les usuàries i, de l'altra, les professionals.
- ✓ Fomentar la col·laboració intersectorial entre institucions, serveis públics i privats, entitats sense ànim de lucre i organitzacions de dones migrades per poder proporcionar un servei que abasti en major mesura les necessitats de les dones migrades.

- ✓ Proporcionar estratègies per al trencament de la barrera idiomàtica amb l'elaboració de programes de traducció informatitzada o traduint la informació en fullets, tríptics, etc., a les llengües més parlades per la població del centre sanitari en qüestió.
- ✓ Incorporar l'anàlisi del dret al propi cos tenint en compte els sabers que les dones ja tenen sobre el seu propi cos o sobre el procés de l'embaràs i el part.
- ✓ Treballar cap a una salut integral i holística, en expansió cap a àmbits emocionals, socials i culturals que complementin els purament biològics: atenció de qualitat i amb calidesa.

6.2 _ Formació de personal de centres sanitaris (llevadores, personal de ginecologia i personal administratiu)

- ✓ Dissenyar plans de formació integral, de base i complementària, en interculturalitat (racisme) amb perspectiva de gènere i interseccionalitat. Formació continuada paral·lela a l'exercici de la professió i formació integrada en els graus sanitaris.
 - Coneixement del funcionament del circuit públic i dels protocols, especialment de les seves limitacions per atendre dones en situació administrativa irregular.
 - Coneixement de les entitats feministes del tercer sector que presten atenció i acompanyament, especialment de les entitats de dones migrades, perquè es pugui fer una bona derivació.
 - Coneixement dels drets sexuals i drets reproductius.
 - Detecció de casos de violències masclistes.
 - Atenció respectuosa al part, escolta activa de les peticions de la dona i no imposició de models eurocèntrics. Dret a decidir sobre el propi cos.
- ✓ Donar suport i fer visible el personal sanitari que treballa per promoure una atenció feminista i antiracista en la seva organització com a col·lectiu de pressió.

- ✓ Donar suport i fer incidència política conjunta entre organitzacions feministes, organitzacions antiracistes i professionals del sector sanitari.

6.3 _ Mediadores interculturals sanitàries

- ✓ Incloure el servei de mediació intercultural sociosanitària a la cartera de serveis sanitaris:
 - Crear una formació específica de mediació intercultural sociosanitària i/o identificar les necessitats formatives de les mediadores interculturals en actiu tenint en compte els sabers que ja tenen incorporats: salut, salut sexual i salut reproductiva, drets sexuals i drets reproductius, idiomes, etc.
 - Crear i definir el perfil de la figura professional de medidora intercultural: paper, funcions, àmbit específic de treball, etc., en coordinació amb les mediadores interculturals amb experiència i amb les organitzacions de dones migrades.
 - Elaborar un marc legislatiu adequat per a la mediació intercultural sociosanitària, amb la participació activa del moviment de dones migrades.
 - Garantir la continuïtat de les mediadores al llarg de l'embaràs.
- ✓ Plantejar la necessitat de les mediadores interculturals sanitàries com un dret de les dones migrades amb l'objectiu de:
 - Alliberar i complementar el treball del personal dels centres sanitaris.
 - Eliminar la incomoditat i la manca de sensibilitat, així com la imprecisió i la manca d'entesa que implica el fet d'haver de preguntar a la persona que acompanya la dona (fill, filla, parella o parent), que és qui tradueix, sobre avortaments previs, relacions sexuals o altres temes, cosa que deriva en una atenció en salut ineficaç o de baixa qualitat.

- ✓ Promoure el reconeixement professional i social de les mediadores per evitar el racisme com un limitant del treball de les mediadores.

6.4 _ Creació de xarxes comunitàries de salut (treball comunitari)

Aprofitar les estructures existents (entitats de segon grau) i l'experiència d'alguns barris pel que fa al treball comunitari i poder prendre aquestes experiències com a referents per a altres barris o zones.

- ✓ Organitzar xerrades conjuntes entre els CAP i les entitats socials que treballen amb les dones migrades (el CAP atén les dones i aquestes confien en les entitats) on s'expliqui i s'informi les dones de tot el procés de gestació, embaràs i part, perquè vagin molt més informades, més segures i amb menys por al centre de salut i estiguin més tranquil·les quan arribi el moment del part.
- ✓ Crear grups de dones que, amb una medidora i amb els i les professionals, puguin treballar temes importants en relació amb la salut i que aquests grups siguin culturalment sensibles i que, si es creu necessari, incloguin diferents professionals del CAP.
- ✓ Coordinar els serveis de les diverses institucions, públiques, privades, ONG, etc., per optimitzar recursos i que els i les professionals de la salut coneguin els recursos del barri per poder unir esforços.
- ✓ Donar lloc a espais de diàleg col·lectiu sobre els drets sexuals i drets reproductius de les dones.
- ✓ Crear un pla de difusió i comunicació sobre els serveis sanitaris per donar a conèixer la manera d'accedir al sistema i mostrar com se'n pot fer un bon ús.

6.5 _ Altres

- ✓ Crear espais no-mixtes per a dones en cas que ho sol·licitin.
- ✓ Garantir la privacitat de les usuàries i limitar el trànsit de personal a les consultes ginecològiques i processos de part.
- ✓ Garantir la contractació de personal sanitari de diferents orígens i la visibilització dels pocs referents que hi ha.
- ✓ Allargar el temps de consulta per tenir el temps necessari per abordar tots els aspectes establerts en el protocol d'atenció, inclosos els emocionals.
- ✓ Fer un codi específic que indiqui la major complexitat de la visita i la necessitat de més temps. Potser no és necessari incrementar el temps de totes les visites, sinó només el d'aquelles que així es valori.
- ✓ Garantir la generació de places mixtes (llevadores d'ASSIR i hospital) que garanteixi la continuïtat de l'atenció a les dones.
- ✓ Millorar l'estètica i funcionalitat de les infraestructures perquè sigui més agradable la vivència del part i la recuperació.



“Tothom va plorar, llavors això representa les llàgrimes dels professionals, però també del marit, de la mare ... Això és com un úter representat per un niu que es queda buit. És terrible, sobretot amb la sensació de responsabilitat que s’infon sobre els professionals. Però va ser una embòlia, va ser una causa natural ... N’hem tingut dues o tres últimament ... Però, d’altra banda, sembla mentida que et quedi aquest sentiment de ... al menys no hem fet res malament. És una mica contradictori”.

Lourdes I Gestora sanitària

Bibliografia

Agència de Salut Pública, *La salut a Barcelona 2016*, Impremta Pagès, Barcelona, 2017.

Alarcón, A., Vidal, A. i Neira, J., *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*, Revista Médica Chile, Chile, 2013.

Alonso Mayo, Estanis et al., *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*, Fundación "la Caixa", Barcelona, 2009.

Alventosa del Río, J., *La mediación sanitaria en la legislación de las comunidades autónomas*, Universitat de València, València, 2016.

Antonin, M. *La mediación intercultural en el ámbito de la salud*, Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions, Bellaterra, 2013.

Berra S., Elorza Ricart J. M., Bartomeu N., Hausmann S., Serra-Sutton V. i Rajmil L., *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2004.

Carratalá Pérez P., *Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya*, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2010.

Esteban M. L., *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2004.

Foucault, M., *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2003.

Gómez i Prat J., Ouhaarab Essadek H., Claveria I. i Garreta i Parés G., *Guía de actuación para el abordaje de la Salud Afectiva, Sexual y Reproductiva desde la atención a la salud*, Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona, 2014.

Hogan S., *The Birth Project: Using the Arts to explore birth. Interim report*, Universitat de Derby, Derby, 2016.

Martin A., *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*, Ediciones Cátedra, Madrid, 2008.

Menéndez, E. L., *El modelo médico y la salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México D. F., 1978.

Obra social La Caixa, *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*, Barcelona, 2009.

Santiñà M. Y. i Méndez, E., *Percepción de las madres inmigrantes sobre la atención recibida durante el embarazo y el parto: Resultados y propuestas de mejora*, Associació Salut i Família, Barcelona, 2009.



“Encara que hi hagi acompanyament professional, la seva soledat no deixa de ser profunda. Al cap i a la fi, elles han d’adaptar als nostres protocols, a les nostres maneres”.

Noelia I Gestora sanitària



“L’empatia la despertes perquè hi ha coses que t’arriben. Hi ha vegades que no només em fixo en els paràmetres químics de la seva analítica “.

Catalina I Llevadora d’ASSIR

Enllaços web

[L'última data de consulta de tots els enllaços és el 25 d'octubre de 2019.]

¹ <https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/drets-deures/carta-drets-deures.pdf>

² www.redmgd.org

³ www.lassociacio.org

⁴ www.calala.org

⁵ www.heliadones.org/ca

⁶ www.muierespalante.org

⁷ www.dialegsdona.org

⁹ https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/immigracio/dades/perfils_demografics/

¹⁰ https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/immigracio/dades/perfils_demografics/

¹¹ www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=0&lang=es

¹² www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=6393

¹³ https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf

¹⁴ www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx

¹⁵ www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf

¹⁶ https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5857/1/ALT_03_15.pdf

¹⁷ www.dsirapfcib.wordpress.com/els-12-dsir/

¹⁸ www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/

¹⁹ https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1277/pla_salut_afectiva_sexual_2013.pdf?sequence=1

²⁰ www.felgtb.org/rs/7262/84bd1f8d-134d-42a0-a8ee-cd688d29aaa2/e1e/filename/informe-salud-sexual-y-reproductiva.pdf

²¹ https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/pla_adolescencia_joventut_2017-2021.pdf

²² <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/Pla%20Municipal%20per%20a%20la%20Igualtat%20d'oportunitat%20entre%20dones%20i%20homes.pdf>

²³ https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/98748/1/plalgtb_2016.pdf

²⁴ <https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/84773/1/13932.pdf>

²⁵ www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf

²⁶ www.boe.es/buscar/pdf/2003/B0E-A-2003-10715-consolidado.pdf

²⁷ www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/B0E-A-2012-5403.pdf

²⁸ www.parlament.cat/document/cataleg/48146.pdf

²⁹ www.boe.es/buscar/pdf/2010/B0E-A-2010-12710-consolidado.pdf

³⁰ www.boe.es/boe/dias/2017/07/21/pdfs/B0E-A-2017-8524.pdf

³¹ www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/B0E-A-2018-10752.pdf

³² www.idibe.org/wp-content/uploads/2013/09/325.pdf

³³ www.noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/dir2008-52-ce.html#a1

³⁴ www.boe.es/eli/es/l/2012/07/06/5/dof/spa/pdf

³⁵ www.boe.es/boe/dias/2013/12/27/pdfs/B0E-A-2013-13647.pdf

³⁶ www.boe.es/boe/dias/2001/04/16/pdfs/A13797-13802.pdf

³⁷ www.boe.es/buscar/pdf/2009/B0E-A-2009-13567-consolidado.pdf

³⁹ www.boe.es/boe/dias/1973/04/28/pdfs/A08519-08525.pdf

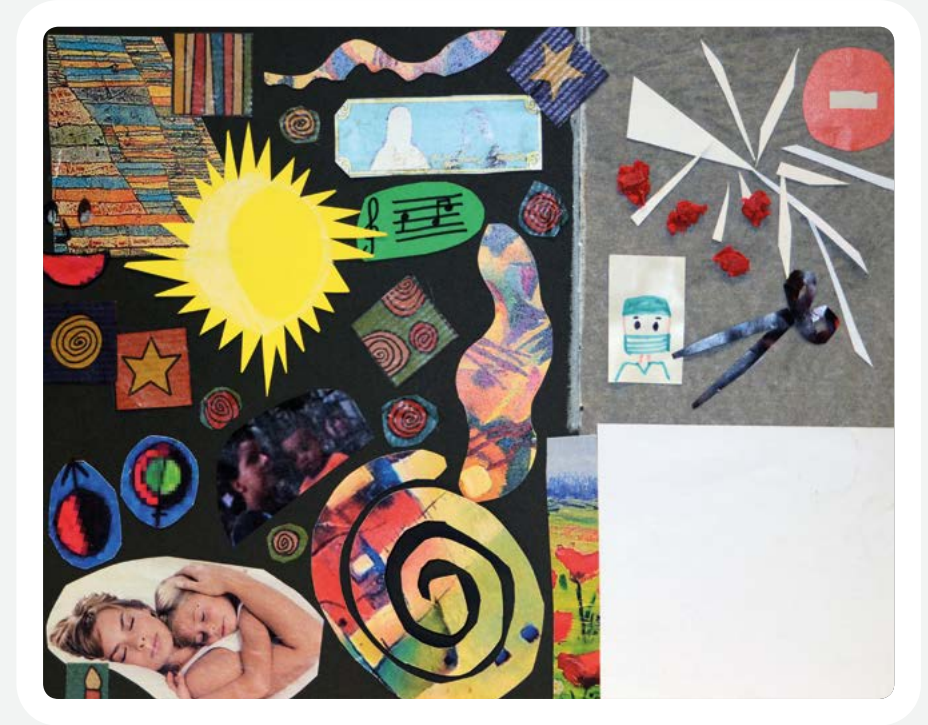
⁴⁰ www.boe.es/boe/dias/2003/12/17/pdfs/A44742-44763.pdf

⁴¹ www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf

⁴² www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf

⁴³ www.federacion-matronas.org

⁴⁴ www.llevadores.cat



“M’ha sortit la cara i la creu, el que teníem abans una mica a Sant Pau, lo ideal. Colors càlids, formes arrodonides, llum... He posat una lluna perquè jo treballo de nit. Flors, música, la llevadora que s’ho mira una mica així, que hi és però no hi és, el paper aquest que tenim de ser-hi però no ser-hi... Una mare i una filla tranquil·les amb una llum tènue, formes arrodonides, natura... I després una mica el que ens trobem; tot blanc, impolut ... Però en canvi és més així: talla, punxa, fa mal, està prohibit, el quiròfan...”

Dolors | Llevadora ASSIR

Notes

Lined writing area on page 66.

Lined writing area on page 67.

Un projecte de



Amb el suport de

