

HUMANITZAR I DIGNIFICAR L'ATENCIÓ DURANT L'EMBARÀS I EL NAIXEMENT: UNA MIRADA DES DE LA BIOÈTICA

Comitè de Bioètica de Catalunya

Gener 2021



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

S/Sistema de
Salut de Catalunya

Direcció o Coordinació:

Comitè de Bioètica de Catalunya

Edita:

Comitè de Bioètica de Catalunya

1 edició:

Barcelona, gener de 2021

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Disseny de plantilla accessible 1.04:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

Sumari

1	Introducció	4
2	Millorar l'atenció.....	6
3	Els principis i valors en joc	8
4	El respecte a l'autonomia en una societat multicultural	9
5	El respecte a la intimitat i la privadesa	12
6	El marc normatiu internacional	13
7	La necessitat d'un treball conjunt dels àmbits d'atenció obstètrica a Catalunya	14
8	El pla de part i naixement com a eina indispensable. La millora del consentiment informat 16	
9	La millora de la informació i del tracte	19
10	El rebuig al tractament.....	22
11	Com protegir la seguretat del fetus i el nadó enfront dels desitjos de la mare	23
12	La contribució dels comitès d'ètica assistencial i la millora de la formació dels professionals 25	
13	Aprendre a donar males notícies i el dol perinatal	26
14	La necessitat d'una regulació més explícita d'acord amb les recomanacions i resolucions internacionals. Introduir-les en el raonament jurídic actual.....	27
15	Indicadors per mesurar els canvis en la qualitat de l'assistència.....	29
16	Recomanació final	31

1 Introducció

Els drets sexuals i reproductius són drets humans que van adquirir legitimitat institucional l'any 1994 en la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament celebrada al Caire (1994).¹ Aquest fet implica que, per garantir els drets de les dones en matèria de salut sexual i reproductiva s'ha de respectar la capacitat de decisió de les dones amb relació al seu cos.^{2 3} Al llarg dels darrers anys, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha anat introduint als seus documents tant els avenços científics i tecnològics com els socials en relació amb els drets sexuals i reproductius. Així, l'any 2014 va declarar que totes les dones tenen dret a rebre el més alt nivell de cures de salut incloent-hi el dret a una atenció digna i respectuosa durant l'embaràs, el part i el postpart, i el dret a no patir violència ni discriminació.⁴

En un context global, encara hi ha un ampli marge de millora pel que fa a l'atenció a la salut de les dones, i en concret a l'atenció durant la maternitat (objectius del mil·lenni). En aquest sentit, tant l'Assemblea General de les Nacions Unides⁵ com l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa⁶ han publicat informes en els quals es reconeix l'existència de violència contra les dones en els serveis de salut reproductiva i s'analitzen les causes i problemes estructurals que s'han d'afrontar per eliminar aquestes formes de maltractament.

¹ [Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: 5-13 setembre 1994; Caire. Nova York: Naciones Unidas; 1995.](#)

² En relació amb els termes *dona gestant*, *gestant*, *persona embarassada* hem de recordar [l'article 16.1 de la Llei 11/2014, del 10 d'octubre](#), per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia, en el qual s'estableix que "el sistema sanitari de Catalunya ha d'incorporar la perspectiva de gènere i ha de tenir en compte les necessitats específiques de les persones LGBTI, amb la finalitat de garantir-los el dret a rebre l'atenció sanitària i a gaudir dels serveis de salut en condicions objectives d'igualtat". I el mateix article, en el punt tres, indica: "Les administracions públiques de Catalunya, en les línies d'actuació relatives a la salut i al sistema sanitari, han de: a) Vetllar perquè la política sanitària sigui respectuosa amb les persones LGBTI i no tracti directament o indirectament la condició d'aquestes persones, especialment transgènere i intersexuals, com una patologia, b) Elaborar polítiques de salut pública que vetllin pel dret a la salut de les persones LGBTI, amb l'adaptació dels protocols establerts, si escau [...]".

³ [Los derechos de la mujer son derechos humanos](#). Nova York, Ginebra: Naciones Unidas; 1914.

⁴ [Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud](#). [Ginebra:] Organización Mundial de la Salud; 2014.

⁵ Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. [A/74/137. 11 juliol 2019](#)

⁶ [Obstetrical and gynaecological violence. RES 2306. Parliamentary Assembly. Council of Europe; 3 octubre 2019.](#)

Tots aquests informes i declaracions, amb les recomanacions que s'hi inclouen, han provocat canvis que no han parat d'anar-se incorporant progressivament a la nostra societat mitjançant declaracions, estratègies i accions estatals, regionals o locals específiques, que s'han impulsat tant en l'àmbit de la salut com en l'educatiu i el laboral.

A Catalunya, l'any 2008 es va començar a implementar en el nostre sistema sanitari les recomanacions de l'estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut, que entre altres aspectes, reforça el paper dels professionals de llevadora. Aquest treball ha suposat un avenç en alguns aspectes, com ara la conscienciació dels professionals sobre la necessitat de promoure la participació de les dones en tot el procés d'atenció a la maternitat, fent èmfasi en la disponibilitat de la millor informació que faciliti una veritable autonomia en la presa de decisions i en millores en algunes infraestructures per tal d'ajudar a promoure una atenció personalitzada sense intervencions rutinàries no consensuades. Alguns d'aquests canvis es veuen reflectits en les enquestes de satisfacció sobre l'atenció a la maternitat, el part i el postpart,⁷ que es fan de forma periòdica, i que posen en evidència els aspectes que les dones valoren com a positius, així com també aquells aspectes que s'han de millorar.

Un dels aspectes de millora més rellevant que s'ha identificat és la informació que reben les dones sobre els procediments i l'atenció durant tot el procés de maternitat per part dels professionals. Això, que pot tenir un impacte sobre la percepció global de l'atenció i també afecta la capacitat de presa de decisions de les dones, justifica un treball de reflexió que permeti emetre algunes recomanacions que siguin útils per als professionals. Aquest és l'objectiu principal d'aquest document, que situa la dona al centre de l'atenció sanitària de l'embaràs i el part, i remarca algunes característiques de la població catalana, com ara la gran diversitat cultural i les diferents concepcions sobre la maternitat o la paternitat, i altres aspectes rellevants a fi de respectar adequadament tots els drets de la dona. Altres qüestions es tracten de forma secundària o ni s'esmenten,

⁷ [Enquestes de satisfacció \[Internet\]. CatSalut.](#)

com ara la responsabilitat perinatal dels professionals pel que es coneix com *wrongful birth* i *wrongful life*.⁸

2 Millorar l'atenció

El sistema sanitari ha anat impulsant canvis i prenent consciència que l'assistència no solament ha de ser científica i amb qualitat tècnica, sinó també respectuosa amb el dret de les dones a decidir sobre el que creu que els convé a ella i al seu futur fill. Es tracta d'aprofundir en una pràctica no paternalista i menys intervencionista, coherent amb el marc de principis i valors en què es fonamenta la nostra societat. Això no s'ha d'interpretar com un qüestionament de la confiança de les dones en el sistema sanitari —i encara menys en els professionals—, sinó més aviat al contrari, atès que, com a conseqüència del diàleg es poden conèixer millor els desitjos i preferències de la dona, la qual tindrà més confiança que li seran respectats durant l'atenció. Això demana un temps perquè la informació es doni sense presses i una certa formació en habilitats de comunicació, incloent-hi fins i tot la possibilitat de disposar d'intèrprets en cas que hi hagi algun tipus de barrera lingüística o de mediadors, quan hi hagi situacions complexes en què el professional sigui conscient que la intervenció d'un tercer pot millorar la comprensió i l'acord.

S'han de buscar maneres perquè les resolucions del poder judicial tinguin present aquesta perspectiva més respectuosa amb les dones i, si convé, s'introdueixin canvis legislatius concrets per tal de garantir-ho.

L'OMS, en el document *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, ha explicitat la línia que cal seguir i les

⁸ L'any 2020, el Departament de Salut va publicar el [Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya](#), que és una edició revisada de la primera edició de 2003. Un dels objectius n'és promoure "una atenció respectuosa amb la maternitat, la qual cosa implica organitzar l'atenció sanitària de manera que preservi la dignitat, la privacitat i la confidencialitat de les dones embarassades i les criatures, en el marc de la llibertat d'elecció, donant suport a les dones perquè prenguin totes les decisions després de ser correctament informades." (*Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya*, p. 15).

pràctiques concretes que s'han de revisar. En la recomanació primera diu: *“Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto”*.⁹ Més endavant insisteix en les crítiques que ja havia denunciat en documents anteriors: *“Los estudios realizados han mostrado que a un porcentaje considerable de embarazadas sanas se les practica como mínimo una intervención clínica durante el trabajo de parto y el parto, como las de inducción del trabajo de parto, aceleración con oxitocina, cesárea, parto vaginal instrumental o episiotomía. Además, a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto se les continúan aplicando intervenciones ineficaces e intervenciones de rutina que pueden ser perjudiciales, como las de rasurado perineal, enemas, amniotomía, líquidos intravenosos, fármacos antiespasmódicos y antibióticos para partos vaginales sin complicaciones. Este enfoque intervencionista no es suficientemente sensible a las necesidades personales, valores y preferencias de la mujer (y de su familia), y puede debilitar su propia capacidad durante el parto y tener efectos negativos en su experiencia de parto.”* En el nostre país l'atenció sanitària ha millorat molt en aquests aspectes, però convé aprofundir en les possibilitats de transformació de certes pràctiques i formes d'organització.

⁹ [Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019.](#)

3 Els principis i valors en joc

El text de l'OMS ja ha destacat la importància del respecte a la privadesa i a la confidencialitat, així com el principi de justícia, és a dir, l'equitat d'accés a les prestacions, o el dret a una informació útil i completa per garantir el principi d'autonomia. Convé considerar altres principis ètics fonamentals en l'assistència sanitària durant l'embaràs i el part: el respecte a la dignitat i el principi de no-maleficència, que implica l'obligació de no fer mal a la dona ni al futur nadó, i el de beneficència, pel qual el professional de la salut es compromet a fer-los hi el bé a tots dos.

El principi de respecte a la dignitat de la persona obliga moralment al reconeixement del valor intrínsec de tot ésser humà pel fet de ser membre de la humanitat, al reconeixement de la seva personalitat com a ens moral. Les relacions personals han de regir-se pel reconeixement mutu, independentment de la disconformitat que puguin merèixer les seves accions.

El principi de respecte a l'autonomia obliga moralment a actuar d'acord amb les decisions de les persones, després d'haver-hi dialogat proporcionant el coneixement i la comprensió que necessiten, per tal que puguin fer efectiva la seva capacitat d'autogovern. L'autonomia és una capacitat humana que s'exerceix en els diferents contextos socials segons les possibilitats d'actuació que s'ofereixen en cadascun. El reconeixement de l'autonomia de cada persona és el primer pas ineludible en qualsevol relació professional ètica, i implica mantenir un diàleg explicatiu i comunicatiu que faciliti el raonament i les decisions personals.

El principi de no-maleficència obliga tant els professionals sanitaris com la dona en el procés d'embaràs i part. Els professionals sanitaris han de vetllar per la dona i pel futur nadó. Les decisions de la dona han de tenir en compte la seva responsabilitat sobre el fruit de la seva gestació; els seus drets i obligacions varien al llarg del procés i els professionals han de respectar les seves decisions ajustades a la llei.

Aquests principis són fonamentals en diversos sentits: a) ètic, segons diferents idearis, doctrines i religions; b) eticopolític, segons la Declaració universal dels drets humans; c) constitucional, i d) legislatiu, dret espanyol, europeu i internacional. Per això, els trobem proclamats a la Declaració universal sobre bioètica i drets humans de la UNESCO de 2005.¹⁰

4 El respecte a l'autonomia en una societat multicultural

Ens trobem en una societat plural, on conviuen cultures molt diferents i formes d'entendre la vida molt diverses. Cada cultura desenvolupa un imaginari social i uns continguts simbòlics determinats, a partir dels quals la maternitat i la paternitat prenen una significació específica, lligada a emocions i experiències de transcendència vital complexa, que no sempre són fàcils de comprendre. Hem passat d'una societat bastant homogènia a una societat molt plural, tant pel que fa a les arrels culturals com a maneres de viure, d'expressar el gènere, de plantejar-se la reproducció i d'entendre la maternitat.

Hi ha la tendència a creure que les persones que no pensen com un mateix són irresponsables. La responsabilitat individual és un concepte que forma part de la sensibilitat ètica personal. No hi ha un model únic de maternitat o paternitat responsable, com tampoc hi ha una sola manera d'entendre la dignitat.

En determinats països o religions els esdeveniments durant l'embaràs o el part s'accepten com la voluntat divina sobre la qual no s'hi pot fer res. El respecte a les creences religioses i a la llibertat de culte és també un principi ètic i constitucional fonamental, i el reconeixement està vinculat al respecte a la llibertat de cada

¹⁰ [La Declaració universal sobre bioètica i drets humans de la UNESCO de 2005](#) estableix l'objectiu de "promoure el respecte de la dignitat humana i protegir els drets humans, i veïllar alhora pel respecte de la vida dels éssers humans i les llibertats fonamentals, de conformitat amb el dret internacional relatiu als drets humans." (article 2,c). L'article 5 indica: "S'ha de respectar l'autonomia de la persona pel que fa a la facultat d'adoptar decisions, assumint-ne la responsabilitat i respectant l'autonomia dels altres. Quant a les persones que no disposen de la capacitat d'exercir la seva autonomia, s'han de prendre mesures especials per tal de protegir els seus drets i interessos". L'article 6.1 concreta el procediment necessari per fer efectiu aquest respecte a la pràctica: "Tota intervenció mèdica preventiva, diagnòstica i terapèutica només s'ha de dur a terme amb el consentiment previ, lliure i informat de la persona interessada, basat en la informació adequada. Si és necessari, el consentiment ha de ser exprés i la persona interessada pot revocar-lo en tot moment i per qualsevol motiu, sense que això comporti per a la persona cap mena de desavantatge ni perjudici."

persona. Quan les creences religioses provoquen situacions que entren en conflicte amb el respecte a la vida, a la integritat i a la dignitat de les persones s'ha de procurar una sortida dialogada, amb ajuda de mediadors que, si és necessari poden ser altres professionals, persones d'autoritat de la confiança de la dona, membres dels comitès d'ètica Assistencial (CEA), serveis socials, etcètera. En últim terme, el deure d'auxili ens obliga a intentar revertir aquestes situacions, deixant la intervenció del jutge per a quan no hi ha altra alternativa.

És important tenir present la diversitat humana del nostre país, per tal de saber preveure la multiplicitat de demandes que es poden plantejar i poder preparar les diverses maneres de poder-les assumir. Segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya, l'any 2018 hi havia a Catalunya 7.600.000 habitants, dels quals 1.082.099 eren nouvinguts i el percentatge de naixements de mare estrangera era del 29,6%. A la taula 1 podem veure del nombre de nouvinguts per zona geogràfica de procedència .

Taula 1. Nombre de nouvinguts per zona geogràfica.

Zona geogràfica	Nouvinguts
Resta de la UE	282.410
Resta d'Europa	73.110
Àfrica	288.581
Amèrica del Nord i Central	85.335
Amèrica del Sud	192.100
Àsia i Oceania	160.563

El Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) ha rebut diverses peticions de pronunciament sobre qüestions relacionades amb la diversitat cultural. Per exemple, ha donat una resposta en forma de recomanació sobre les peticions que sigui una professional la que presti l'atenció sanitària; en el resum final indica: "El CBC troba que la demanda que sigui una dona la professional que presti l'atenció a l'embaràs i al part és pertinent quan es tracta de donar resposta a una

necessitat inherent al sentit de dignitat personal. Si així s'ha establert amb un diàleg suficientment acurat, en què s'ha comprovat que no es tracta d'una simple preferència, la dona hauria de poder ser atesa per una professional del mateix gènere, malgrat que això comporti una adequació organitzativa i trencament de la rutina, i mentre que no representi una distorsió excessiva i sigui degudament raonada.”¹¹

El CBC s'ha pronunciat també sobre el lliurament de la placenta. La conclusió de l'estudi raonat és: “El CBC no veu cap inconvenient per accedir a la demanda de la mare que vol quedar-se amb la seva placenta (malgrat s'hagi considerat i tractat anteriorment com a residu sanitari) i aconsella una regulació mínima d'aquesta nova situació.”¹²

Moltes cultures prioritzen la vida del nadó en detriment de la vida de la gestant. Això és contrari als drets humans i l'activitat professional ha d'atenir-se als principis ètics i constitucionals del nostre país, per la qual cosa els sanitaris han de vetllar per la vida i el benestar d'ambdós, respectant tots els drets de la gestant ja indicats. La Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona (CEDAW), adoptada per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 1979, especifica en l'article 5.a) que els estats han de prendre les mesures apropiades per “modificar els patrons socioculturals de conducta d'homes i dones, per tal d'arribar a l'eliminació dels prejudicis i les pràctiques consuetudinàries i de qualsevol altra mena que estiguin basats en la idea de la inferioritat o superioritat d'algun dels sexes o en funcions estereotipades d'homes i dones”.¹³

Des del punt de vista d'una moral secular, els pares i molt especialment la mare, són els que han de vetllar pel nadó i s'ha de respectar la seva voluntat de fer-ho així. En aquest sentit, el bioeticista H. T. Engelhardt Jr.¹⁴ planteja que el fetus és

¹¹ [Sobre les preferències de gènere de professional per assistir l'embaràs i el part. Comitè de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2019.](#)

¹² [Consideracions sobre l'entrega de la placenta a la mare després del part Comitè de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2019.](#)

¹³ [Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 1979. Asamblea General. Naciones Unidas; 3 septiembre 1981.](#)

¹⁴ Engelhardt HT Jr. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995. p. 276 i ss.

de la mare, i per tant és la mare qui n'és responsable fins que aquest prengui una posició conscient, fins que la comunitat social li atorgui una categoria de persona en el si de la comunitat; des d'aquest punt de vista, les decisions relatives a l'embrió i al fetus quedarien en l'àmbit privat i pertanyerien als pares i, molt especialment, a la mare. Puntualitza, però, que la comunitat demana que la gestant mantingui una actitud i un comportament raonables que no perjudiquin la persona en què s'esdevindrà el fetus, i li imposin limitacions a les seves decisions quan tinguin conseqüències clarament maleficients per a ell, de caràcter greu i que es poden evitar actuant d'una altra manera. Només una situació d'aquest tipus pot justificar la intervenció coactiva de les autoritats judicials. L'autor, però, insisteix que la decisió de tirar endavant l'embaràs o no, així com altres decisions sobre els òvuls o altres cèl·lules reproductives, corresponen als procreadors. Engelhard escriu: "[...] els procreadors mantenen el dret moral secular d'avortar el fetus, fins i tot en el cas que a altres persones els agradés adoptar el futur nen. Són els pares, especialment la mare, qui ha produït el fetus. A més del nostre cos, també l'esperma, els òvuls, els zigots i els fetus que produïm són, en termes morals seculars generals, abans de res, propis. Són la prolongació i el fruit del nostre propi cos."¹⁵

5 El respecte a la intimitat i la privadesa

L'espai físic, mental i social propi d'una persona no es pot envair mai sense el seu consentiment. La confidencialitat de les informacions i dades sensibles sobre la seva persona (especialment les de salut) s'ha de respectar i cal vetllar perquè no se'n faci un ús inadequat. Aquestes obligacions venen prescrites per l'ètica i per nombroses lleis actualment vigents.

Tant la *Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària*¹⁶ com diferents declaracions estableixen el dret de les persones que són

¹⁵ Íbidem p. 278.

¹⁶ [Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Departament de Salut; 2015.](#)

ateses a autoritzar qui vol que estigui present durant l'atenció, a qui vol que s'informi del seu estat de salut.

La gestió administrativa i les relacions personals entre els professionals sanitaris i les gestants s'han d'organitzar de manera adequada per fer possible que les dades personals, els informes mèdics, els tractaments, etcètera no estiguin a l'abast de persones alienes al servei. Les trucades telefòniques també s'han de gestionar adequadament per tal de preservar la confidencialitat de qualsevol informació.

S'ha d'evitar que en un moment tan íntim com és el del part es produeixin aglomeracions de persones i, en tot cas, sempre recavar la voluntat de la dona de permetre la presència de persones que no són indispensables per a l'atenció.

6 El marc normatiu internacional

La Resolució 2306, adoptada a la 34a sessió de l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa el 3 d'octubre de 2019 sobre violència obstètrica i ginecològica exposa amb claredat quines són les violacions dels drets de les dones en l'atenció obstètrica i ginecològica i marca un camí cap on s'han de dirigir els canvis per aconseguir una atenció més respectuosa amb la dona embarassada. Això és important per prendre consciència del problema i crear una sensibilitat tant en la societat com en els professionals, però no és suficient. Calen normes d'un cert rang perquè la bona atenció no depengui únicament de la sort que es tingui de trobar un professional sensible i respectuós.

Entre d'altres, el Consell d'Europa demana prevenir i combatre la discriminació d'accés a l'assistència sanitària i que aquesta es faci respectant els drets i la dignitat humans; que es recullin dades i s'elaborin estudis sobre violència ginecològica i obstètrica; que es difonguin i es recomanin les bones pràctiques; que s'informi i se sensibilitzi sobre els drets de les dones i la prevenció de la violència ginecològica i obstètrica. Per tot això, considera que cal millorar la pràctica del consentiment informat i proporcionar formació específica als professionals sanitaris, i aplicar el que es diu al Conveni d'Istanbul de l'ONU, on

es reitera la importància del consentiment informat per fer efectiu el dret de la dona a prendre decisions informades sobre la seva salut reproductiva. En aquest Conveni també es reitera la importància de sensibilitzar advocats i jutges i la ciutadania en general.

També és important recordar que la Convenció per a l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona (CEDAW) de les Nacions Unides, en l'article 12, crea l'obligació dels estats parts de "prendre totes les mesures adequades per eliminar la discriminació contra les dones en l'àmbit de l'assistència sanitària per tal d'assegurar [...] l'accés als serveis d'atenció sanitària, inclosos els relacionats amb la planificació familiar". Cal destacar en aquest punt, la recent situació de pandèmia de la COVID-19, on s'han produït situacions que han tingut un impacte negatiu en la salut reproductiva de les dones en l'àmbit global, posant de manifest la necessitat de mantenir els avenços aconseguits fins ara en l'atenció respectuosa amb les dones embarassades¹⁷ i la cura dels seus nadons. S'han pres mesures totalment desproporcionades que han separat la mare del seu fill a les unitats de nounats amb la intenció d'evitar la propagació de la pandèmia, però que han suposat un significatiu augment en el grau d'angoixa de la mare o pare, així com un increment de recursos per part del personal assistencial.

7 La necessitat d'un treball conjunt dels àmbits d'atenció obstètrica a Catalunya

L'atenció a la dona gestant no pot dependre únicament de la voluntat i sensibilitat dels professionals. Cal més clarificació en la manera en què s'organitza l'atenció a l'embaràs en el sistema sanitari públic, atès que actualment coexisteixen equips dependents de l'atenció primària i d'altres dels serveis hospitalaris, i això possiblement no facilita una continuïtat ni la implantació d'un model més respectuós per a totes les dones. És necessari disposar d'un marc (guia o

¹⁷ [Policy brief: the impact of COVID-19 on women. United Nations; 9 abril 2020.](#)

protocol) conjunt per a tot Catalunya, amb unes recomanacions l'abordatge de les diferents situacions per part dels professionals que treballen en els diferents dispositius d'assistència obstètrica, que també es defineixin una sèrie d'indicadors que permetin mesurar les millores. També és molt convenient disposar d'un espai per compartir casos, dubtes i criteris d'actuació. Dins del sistema integral d'utilització pública de Catalunya s'han de garantir els drets de forma homogènia, però les recomanacions han de ser flexibles i permetre l'adaptació a cada situació personal.

S'hauria d'establir circuits eficaços de comunicació entre els diferents nivells assistencials i els diferents professionals de cada nivell que atenen la mateixa persona per tal d'oferir una línia d'atenció coherent en el continu assistencial i anar establint la cultura d'atenció al naixement i a la maternitat respectuosa i centrada en la persona.

S'ha de posar l'èmfasi en la millora de la comunicació, de l'escolta i el diàleg, en la manera d'incrementar la confiança mitjançant la relació clínica i la deliberació i en com abordar les situacions adverses quan hi ha possibilitat de riscos per al fetus o la mare.

En algunes situacions, la voluntat de la dona preval per damunt del criteri del professional, com és el cas en què la dona vol avortar o no tenir un infant amb moltes probabilitats de dèficits neurològics greus. En d'altres, quan la urgència aconsella actuar en una dona no competent, el parer del professional té molt més pes, sobretot si no hi ha una voluntat prèvia ben explicitada, ja sigui escrita o mantinguda per una persona que en té la representativitat vàlida legalment. Hi ha situacions en què la futura mare pot prendre una decisió contrària a l'opinió del professional, fins i tot errònia segons la seva opinió. El deure del professional és intentar persuadir perquè les persones canviïn d'opinió i acceptin les actuacions que consideren indicades en aquella situació, però recordant que la mare té el dret a prendre les decisions que consideri més convenientes. Per evitar moltes situacions controvertides o de rebuig sobrevingut, és convenient treballar molt de manera anticipada per preveure possibles escenaris que es poden plantejar.

Algunes demandes per part de la gestant poden suposar un cost econòmic no previst en el centre assistencial que atén a la dona. El principi de justícia obliga a reconèixer les limitacions necessàries per actuar amb equitat per protegir el bé comú. Es pot recomanar a la dona adreçar-se a un centre on la puguin atendre. De la mateixa manera que es transmeten dades clíniques entre els diferents nivells assistencials per a una assistència correcta, seria convenient transmetre la informació referent a les preferències del part expressades durant l'embaràs; això implica la consideració del pla de part i naixement com un document important en la història clínica de la dona. Tanmateix també cal adequar espais de trobada entre els professionals per abordar aquelles situacions que puguin ser més complexes i garantir una atenció individualitzada. Caldria establir un marc d'actuació per a aquelles situacions en què una dona rebutja les recomanacions, per tal de poder donar resposta a les seves necessitats i també a les dels professionals per fer-ne un abordatge correcte.

8 El pla de part i naixement com a eina indispensable. La millora del consentiment informat

El pla de part i naixement s'ha de veure com un instrument facilitador de les decisions compartides i planificades en el marc del qual es poden preveure les diferents alternatives, els avantatges i inconvenients que cadascuna planteja. A través del diàleg es poden reflectir, en un document, les actuacions que la dona i la parella prefereixen d'acord amb els seus valors i voluntat, i per tant ajudarà que el procés de consentiment sigui realment informat. No podem oblidar que al llarg de l'embaràs la dona pot canviar d'opinió i per això el seu consentiment pot variar, tant el que es dona de manera implícita —quan accepta posar-se una via de perfusió—, com quan cal un consentiment de manera explícita per escrit —per practicar una cesària. Durant l'atenció a l'embaràs a través del diàleg es va creant un vincle de confiança entre la dona i els professionals que l'atenen, però això no obvia que es pugui canviar d'opinió i es desestimi alguna proposta que abans s'havia acceptat, o bé es demana una certa adaptació o modificació a la manera que ara concep la dona el seu estat, la seva vida o percep els riscos. És aquest

vincle de confiança creat a través del diàleg el que fonamenta el model deliberatiu per a la presa de decisions que entén el consentiment informat com un procés continuat, en el qual la divisió de papers entre usuària i professional no s'entén com la suma de tasques independents, sinó com un treball conjunt i de col·laboració, en el qual el diàleg té un paper central. És en el marc d'aquest procés de deliberació que els professionals han de fer les seves recomanacions i orientacions i la usuària ha d'exposar les preferències, valors i desitjos que vol que es respectin. Quan l'opció escollida per la dona s'aparta de la bona pràctica, cal intentar persuadir-la de manera respectuosa per canviar la decisió, però això no pot significar menystenir-ne la voluntat ni la decisió.

El pla de part i naixement, per tant, no hauria d'interpretar-se com un document tancat, que facilita la feina davant de la pressió assistencial i dona seguretat als professionals, sinó com una eina d'informació i planificació flexible, revisable i adaptable a les necessitats i preferències de les dones. És evident que s'ha de treballar perquè els canvis no siguin constants ni imprevistos, però ningú que pugui expressar de manera competent una voluntat pot sentir-se atrapat de manera irreversible pel que havia dit anteriorment.

S'ha d'estar atent perquè el pla de part i naixement no esdevingui un mer formulisme i agafi una deriva semblant a la que moltes vegades tenen els documents de consentiment informat. El pla de part i naixement ha de ser dinàmic, flexible, revisable, continu i útil com a eina per reforçar la confiança de la dona en el professional i el sistema. S'hi han de reflectir els desitjos i valors que la gestant vol que es respectin i es tinguin en compte. Cal no oblidar l'essència d'aquest document, que és facilitar la presa de decisions informades de la dona. De vegades el pla de part i naixement és una llista d'opcions rígides que la dona ha de triar, sense cap informació addicional i expressades amb llenguatge imperatiu.¹⁸ Fins i tot en alguns casos s'hi expliciten pràctiques que no recolzen en l'evidència científica i tècniques definides com a "obligatòries" (com és el cas de la

¹⁸ Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella, Escuriet R. A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sex Reprod Healthc.* 2017;13:41-50.

canalització d'una via endovenosa rutinària). S'ha d'evitar que el pla de part i naixement es converteixi en un document que especifiqui anticipadament com ha de ser el maneig del part, i doni poc marge entre les opcions presentades perquè la dona pugui prendre decisions realment.

Hi ha molts formats de pla de part i de naixement, que van des d'un foli en blanc on la dona expressa les seves preferències fins a documents predefinits.

Independentment del format, el pla hauria de donar resposta principalment als aspectes següents:^{19 20}

- Els valors i les creences. Quins són els valors centrals i els objectius de la dona sobre el naixement? Quines en són les pors? Què és més important per a ella en el procés de naixement?
- L'entorn. A qui vol la dona amb ella en el procés de part? Què l'ajudaria per sentir-se confiada i relaxada? Desitja la participació del pare o la parella durant tot el procés?
- El confort. Quins recursos vol tenir la dona disponibles per comoditat i suport?
- Els tractaments. Hi ha formes específiques de tractament que la dona desitja o no? Per què?
- Les opcions. Si el treball de part no es desenvolupa com s'esperava, com desitja abordar les seves opcions d'intervenció?
- El nadó. Com vol interactuar la dona inicialment amb el seu fill? Quines són les seves preferències per a la vinculació, l'alimentació i la cura després del naixement?

Durant l'assessorament del pla de part i naixement per facilitar la presa de decisions hauria de fer-se presencialment i seguir els passos següents: entendre l'experiència i les expectatives de la dona, crear una relació de col·laboració,

¹⁹ DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(1):31.e1-31.e4.

²⁰ Kitzinger S. Letter from England – birth plans. Birth. 1992;19(1):36-7.

proporcionar l'evidència existent, incloses les incerteses, presentar les recomanacions i comprovar la comprensió i arribar a un acord.²¹

Com en altres àmbits de l'atenció sanitària, el consentiment informat s'ha desvirtuat i cal recuperar-ne el sentit veritable i la materialització correcta. És un element cabdal per a la superació de la visió paternalista de l'assistència, però s'ha d'entendre com un procés d'informació i reflexió, perquè la dona pugui participar en l'assistència i no un element per evitar litigis i fomentar la pràctica defensiva. Abans de la realització de qualsevol actuació, sempre s'ha d'informar i d'obtenir el consentiment ja sigui de manera tàcita o explícita. Ha de ser un consentiment específic per a un procediment determinat en una situació concreta i per a una persona determinada. Els models de consentiments fets per les societats científiques s'han d'adaptar a les singularitats de cada persona, patològiques, socials, als valors i preferències i necessitats. S'ha de disposar de documents de consentiment en diferents idiomes per tal que sigui intel·ligible per a la persona, sigui quina en sigui la llengua i procedència i en cas de no disposar-se en la llengua pertinent, s'ha de demanar o facilitar la participació d'un traductor. Un consentiment s'ha d'obtenir després d'haver donat la informació i el temps suficients, i l'oportunitat d'aclarir els dubtes, i és revisable en tot moment i revocable.

9 La millora de la informació i del tracte

El nucli del pla de part i naixement és la transmissió d'una bona informació, però hi ha la sensació que moltes vegades la informació es dona d'una manera imprecisa, sense argumentar les causes dels riscos a què es pot veure sotmesa la dona ni les conseqüències per a l'infant, tant si accepta com si rebutja el procediment proposat. No sempre s'expliquen les alternatives existents, ni els avantatges, ni els riscos que comporta. Això es especialment important en els casos de rebuig al tractament, en què és molt important aprofundir mitjançant el diàleg sobre les causes d'aquest rebuig.

²¹ Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA. 2004;291(19):2359-66.

S'ha de millorar la informació escrita de què disposen les dones embarassades, que expliqui els serveis que se'ls ofereix, les opcions davant de situacions controvertides i els drets que tenen ella i el seu futur fill. Una informació que també ha de preveure unes xifres orientatives per poder valorar el risc: percentatge de seqüeles en l'infant després d'una determinada intervenció prenatal, nombre d'intervencions de la mateixa naturalesa que ha fet el professional i el centre, nombre de seqüeles dels infants que han nascut a casa assistits per aquell professional, taxa de cesàries, morbiditat i mortalitat perinatal, etc.; quan una situació no prevista es produeix en un servei on no es pot atendre, cal indicar els centres de referència que disposen d'un dispositiu específic per atendre la situació no prevista, com pot ser un part de natges, o una hemorràgia a domicili. L'existència d'aquesta informació escrita no ha de suplir la informació oral i el diàleg continuat. S'ha de ser diligent en la manera en què s'informa i es dona sortida a l'angoixa de la dona.

Moltes queixes de les dones sobre l'atenció rebuda estan relacionades amb un tracte poc curós, en què és fàcil que sorgeixi la desconfiança. Millorar l'empatia pot contribuir a afermar la confiança i la relació entre el professional i la dona. També cal plantejar-se la individualització davant de la pràctica de determinades actuacions de manera rutinària. La formació del caràcter responsable del professional ha de permetre discernir la pertinença o no d'una determinada actuació al marge del protocol.

L'atenció sanitària no pot oblidar mai el caràcter personal i social de la maternitat. No pot convertir-se en un procediment mecànic que cosifica i instrumentalitza la dona. Gràcies a l'atenció sanitària especialitzada s'han pogut superar les xifres de morts de dones i de nadons d'altres èpoques, però ara cal arribar a un ús personalitzat i just de tots els mitjans que tenim. Cal dialogar amb la dona per explicar-li els procediments disponibles i preveure les diferents situacions que es poden presentar per consensuar les opcions que ella consideri millors.

La bona comunicació és la peça clau de la bona atenció sanitària i la bona atenció personal. No hi ha atenció centrada en el pacient si no hi ha una bona comunicació. Es pot informar sense comunicar, sense connectar amb

l'interlocutor. L'acció comunicativa (verbal i no verbal) permet compartir significacions, valoracions i emocions, i proporciona elements cognitius i expressius que mouen tant el pensament com la voluntat; aquest és el mitjà per assolir una bona relació i l'entesa necessària per prendre decisions compartides. La millor comunicació no és la més exhaustiva ni la més llarga, sinó la que sap triar les paraules oportunes, les mirades, els petits gestos, la que és capaç de generar un diàleg breu amb confiança i adequar-lo a cada moment. Això és especialment important quan s'han de donar males notícies. Cal ser molt curós de no espantar innecessàriament (per exemple, en el cas de resultats de determinades proves que no són concloents o amb àmplies taxes de falsos positius). El procés de gestació permet una dosificació gradual de la informació. El sistema ha de procurar una bona coordinació entre els diferents nivells que asseguri un flux homogeni i coherent de la informació que rep la dona en tot el procés. Cal evitar que s'hagi de tornar a començar el diàleg perquè no es té en compte el que s'ha fet prèviament. Amb ajuda d'una bona coordinació es poden simplificar molts processos i tràmits.

La manca d'informació de la dona mai pot ser un motiu per prescindir del consentiment, que és inseparable de la necessitat d'informar adequadament, és a dir, de forma completa i entenedora. Les peticions de la dona s'han d'atendre sempre que sigui materialment possible i no es posi en risc la seva vida ni la del fetus, tenint present que l'embaràs suposa una situació de vulnerabilitat en alguns aspectes.

És especialment rellevant evitar l'estigma. Les dones no es poden estigmatitzar perquè en un moment donat van prendre una decisió que pot haver estat errònia i ha posat en risc la seva vida i la del seu fill, i ha provocat intervencions suplementàries. Les recriminacions inoportunes per part dels professionals de la salut no són admissibles en un sistema com el nostre. Són causa de sofriment i angouxa i no responen a l'ajuda que busquen les persones en el sistema sanitari. També s'hauria de considerar que determinats cursos clínics o dades relatives als mètodes reproductius emprats i a les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)

haurien de caducar automàticament en la història clínica, o no estar exposats a qualsevol altre professional que no tingui a veure directament amb el procés.²²

10 El rebuig al tractament

El rebuig al tractament és un dret previst en la nostra legislació. El CBC ja va fer unes recomanacions de com tractar el rebuig dels malalts a l'actuació sanitària.²³ En el cas de la dona gestant, tampoc hi ha valors absoluts però, en principi, ha de prevaldre la voluntat de la mare.²⁴ Les dones no han de prendre conscientment decisions que vagin en contra del benestar del seu futur fill o en contra de la pròpia salut. Preveure i conèixer aquesta possibilitat de rebuig des de l'inici de l'atenció, a través de l'escolta, la informació, el diàleg i la negociació continuades ha de fer possible que la dona prengui la millor decisió i que no s'hagi d'actuar en contra de la voluntat de la dona i haver d'arribar a la judicialització de la situació, que ha de ser un fet excepcional, per evitar un perjudici per al nadó.

El més assenyat és saber per què la dona no accepta el que se li proposa. Per algun motiu ho deu fer; és més fàcil anar a veure'n el motiu i intentar intervenir-hi. Un cop més es posa de manifest la importància de la prevenció.

Davant de la decisió de rebuig a la inducció del part, sempre és possible mantenir un compromís de ser revisada cada dia o cada dos dies, o tenir l'oportunitat d'accedir a una segona opinió i potser a fer la inducció més endavant; o davant del desig de parir a casa quan s'aprecia un risc greu per a la mare o per al fetus es pot facilitar l'alternativa d'un part en una clínica, centre de naixement o hospital amb habitacions especials, maternitzades, o més semblants a una estància familiar que no pas un quiròfan.

²² En aquest sentit, la història clínica electrònica d'atenció primària (ASSIR) preveu la possibilitat de clicar en allò sobre el que "la usuària demana confidencialitat". Aquest clic permet que la resta de professionals no vegin aquesta informació. Caldria generalitzar aquesta opció en tot el sistema.

²³ [Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament. Comitè de Bioètica de Catalunya. 9 març 2010.](#)

²⁴ Jenkinson B, Kruske S, Kildea S. Refusal of recommended maternity care: time to make a pact with women? *Women Birth*. 2018;31(6):433-41.

Hi ha situacions especialment complicades com és el cas del rebuig a la transfusió de sang per part dels testimonis de Jehovà o per part d'altres col·lectius, que pot tenir conseqüències evidents en l'infant. Són situacions on s'han de fer determinades actuacions que obliguen a explicar els avantatges que tindria per tal que el fill no tingui una complicació. Sigui quina sigui la causa i la motivació al·legades, actuar en contra de la voluntat de la dona s'ha de veure com un recurs extrem. En aquests casos, l'assessorament dels comitès d'ètica assistencial poden aportar una ajuda important. Hi ha jurisprudència a favor del respecte a les creences religioses i, al mateix temps, cal protegir la vida de la mare i del fetus. Sobre aquesta problemàtica específica són d'interès les recomanacions que fa Urquizu i col·laboradors.²⁵

Com en molts altres àmbits de la medicina, és important distingir el que és un factor de risc del que és una patologia. No és el mateix que hi hagi un risc perquè una gestació es perllonga, però totes les proves diagnòstiques són correctes, que quan aquestes confirmen que hi ha una patologia. En aquest sentit, també cal recordar l'apartat 49 de la Resolució 71/170 de l'Informe de la relatora especial sobre la violència contra la dona de l'Assemblea de les Nacions Unides.²⁶

11 Com protegir la seguretat del fetus i el nadó enfront dels desitjos de la mare

²⁵ Urquizu X, Font R, Andújar M, Galindo M, Quintana S. [Reflexions sobre l'atenció a les gestants que rebutgen transfusions de sang: aspectes ètics i legals. Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya. 2016 febrer.](#)

El text mostra com s'han d'interpretar els quatre principis bioètics en aquests casos. Pel que fa al principi de no-maleficència, els autors indiquen el següent: "Estaríem fent mal si: No fem servir tots els mitjans de què disposem per evitar l'hemorràgia o reduir-la. No hem previst els riscos individuals per a la pacient en concret i no hem fet una adequada valoració prepart. Quan hi ha diverses alternatives disponibles i no seleccionem la de menys risc. Si no es coneixen les diferents alternatives a la transfusió. Si s'administra una transfusió sense ser necessària ni consentida."

²⁶ [Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 11 juliol 2019.](#)

"La dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto."

Aquesta és una situació per sort infreqüent però molt estressant, en què cal disposar de tots els recursos per fer-hi front. Malgrat que l'embrió, i més endavant el fetus, no ha esdevingut encara una persona, de la manca de cura o del maltractament prenatal se'n poden derivar conseqüències greus i perdurables per a la salut del futur nadó que cal evitar. En aquestes situacions cal intentar treballar perquè es modifiquin els hàbits, o es canviïn les decisions que es consideren lesives per al futur nadó fent servir tots els suports que estan al nostre abast. El temps per dialogar és molt important, però també la possibilitat de disposar d'una persona amb habilitats de mediació que sigui capaç de persuadir, allunyant-se de l'enfrontament i l'estigmatització, en la qual es pot caure en aquestes situacions. Hi ha professionals de la mediació que presten els seus serveis dins del sistema públic i es pot recórrer també a altres d'externs. Hi ha dones que són molt vulnerables per diversos motius, com ara les addiccions o els problemes mentals; en aquests casos, l'atenció des de una perspectiva preventiva integral comptant amb la intervenció dels serveis especialitzats (psicòlegs, psiquiatres, treballadors dels serveis socials, etcètera) es fa més necessària.

Cal haver parlat amb anterioritat i fer veure clarament les situacions futures que es poden plantejar. No pot ser que una dona arribi al part sense haver rebut informació de les possibilitats assistencials que té, o descobreixi unes conseqüències que desconeixia. Durant l'embaràs ha de poder accedir a les diferents opcions i valorar-les a través dels centres d'atenció primària, o més específicament, dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR). S'ha de garantir i millorar la continuïtat assistencial. En tot cas cada situació s'ha de valorar de manera individual.

En les situacions conflictives, el professional corre el risc que les coses no puguin anar bé i, a més dels problemes per al futur nadó i la dona, ell mateix pot veure's involucrat en una acusació d'homicidi per imprudència. Aquesta por de les repercussions penals pot portar en determinades situacions a imposar el seu criteri per damunt de la voluntat de la dona, on potser existiria marge per mantenir una conducta expectant o buscar una alternativa consensuada.

El professional sempre ha de fer propostes recolzades en una evidència científica contrastada, i ha de quedar clar que no és pertinent fer-ho d'una altra manera ni que tampoc està obligat a atendre aquelles decisions que s'aparten d'aquest criteri. Però s'ha d'actuar sospesant bé les raons de cadascú: la dona no està obligada a acceptar que li indueixin el part, quan hi ha alternatives o els motius no són clars, ni el professional ha d'acceptar induir per raons de complaença amb la dona, si no ho considera justificat.

Sempre s'ha de registrar en la història clínica aquelles decisions controvertides on s'ha actuat sense tenir en compte la voluntat de la dona o aquelles en què s'ha optat per respectar-la en contra del criteri professional i quan es cregui convenient s'ha de comunicar a les instàncies que pertoqui.

12 La contribució dels comitès d'ètica assistencial i la millora de la formació dels professionals

Cal tenir més present l'ajuda que poden aportar els CEA com a òrgans consultius, multidisciplinaris i que integren diverses ideologies morals del seu entorn.

Analitzen els problemes ètics que puguin sorgir en l'atenció a l'embaràs i al part, amb el propòsit de millorar la qualitat assistencial. No solament han d'ajudar en casos concrets deliberant i buscant el curs òptim d'acció sinó també impulsant la formació dels professionals i l'elaboració de recomanacions i directius que atenguin noves demandes de la societat des d'una perspectiva no paternalista i respectuosa amb els valors i els desitjos de la dona gestant.

Aquesta actualització continuada de la formació ajuda a mantenir el nivell òptim de la pràctica professional actualitzant el sentit de les exigències de respecte als drets i els valors de les dones que s'atenen, i evita actuacions que poden ser causa de iatrogènia. Quan la percepció de la dona i la del professional no coincideix, el diàleg resulta l'eina més poderosa per fer entendre que el risc és important i l'actuació proposada és pertinent o bé que el risc és assumible o fins i tot, arribat el cas, entendre que la dona capaç té dret a mantenir opinions que els professionals no comparteixen.

La formació en aspectes de comunicació, tracte i aspectes ètics i legals ha de ser complementària a la formació tecnocientífica dels professionals que presten

atenció a les dones durant l'embaràs i el part. És convenient revisar casos que no siguin complexos, quotidians, però on també es lesiona i violenta les dones: tactes vaginals que es podrien evitar o sense el degut respecte ni sensibilitat. És important aprofundir en què significa el respecte a la dignitat i a la privacitat en relació amb l'autonomia. S'han de crear espais de prevenció i recórrer a la formació pregraduada i postgraduada per tal de millorar l'atenció sanitària i ser sensibles als canvis socials que es van produint i a les necessitats singulars de cada persona.

13 Aprendre a donar males notícies i el dol perinatal

El naixement d'un infant és sempre motiu d'il·lusió, però quan aquest anhel de tenir un infant es veu truncat per una situació adversa, malformació greu o mort del fetus, cal saber acompanyar la parella en l'adversitat i fer-ne un seguiment. En algun d'aquests casos pot plantejar-se la necessitat o la possibilitat d'un avortament. Aquelles institucions en les quals per l'ideari religiós no s'accepta fer interrupcions legals de l'embaràs tenen el deure d'indicar a la persona i acompanyar-la diligentment en el trasllat al centre on s'atenguin les seves demandes. De vegades no es té en compte el sofriment que representa per a la dona la demora en la realització de l'avortament i per això s'hauria d'agilitzar aquest procediment i explicar amb cura els motius de la demora quan no es pot atendre diligentment.

Tant abans com després del naixement d'un infant amb problemes de salut importants s'ha de reforçar l'acompanyament per part de tot l'equip o dels especialistes en salut mental (psicòlegs).

La pèrdua d'un fill durant la gestació, o poc temps després de néixer, suposa un fort impacte emocional per a les dones i les famílies des del moment en que es rep la notícia, i requereixen d'un acompanyament integral per part dels professionals de la salut en el procés del dol perinatal.²⁷

27 Llaboré-Fàbregas M, López-García S, Marí-Guasch M, Martín-Ancel A, Pi-Sunyer-Peyri T, Rueda-García C, et al. Guia d'acompanyament en el dol perinatal. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016. Disponible a:

La complexitat i la intensitat de fets tan traumàtics fan que els equips de professionals hagin de ser extremadament curosos, implicats i empàtics per donar resposta centrada en les necessitats de la dona i la família, reconeixent el patiment i actuant amb la màxima cura, donant temps, procurant intimitat i respectant el silenci. Requereix també la implicació de tots els professionals participants en l'acompanyament, que en determinades situacions també pot implicar els equips de cures pal·liatives perinatals, suport psicològic, així com facilitar el contacte amb els grups de dol amb d'altres pares i mares que han perdut un fill.

14 La necessitat d'una regulació més explícita d'acord amb les recomanacions i resolucions internacionals. Introduir-les en el raonament jurídic actual.

Com indica el Conveni de Roma per a la protecció dels drets humans i llibertats fonamentals de 10 de desembre de 1950, en l'article 8.2, tota persona té dret al respecte de la seva vida privada i familiar; en la Constitució espanyola de 1978 l'article 15 recull el dret a la integritat física i moral de les persones i en l'article 18.1 el dret a la intimitat personal i familiar, i l'article 9 garanteix la interdicció de l'arbitrarietat dels poders públics. La Llei general de sanitat 14/1986 traslladà la condició de tot pacient de mer malalt a usuari del servei sanitari i en igual sentit la normativa autonòmica plasmada en la Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya. Posteriorment, es va donar un important pas més amb la Llei catalana 21/2000 sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica i amb la Llei estatal 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. En aquestes lleis no es concreta que les dones en aquestes situacions estan emparades per aquesta normativa igual que qualsevol altra persona. Sota la vigència d'aquests convenis i lleis ha sorgit el pla de part i naixement.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/Guia_acompanyament_dol_perinatal_2016_cat.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Al setembre de 2001, en el marc de el Congrés Mundial de Medicina Perinatal, es va aprovar l'anomenada *Declaració de Barcelona*, que instava els legisladors de tot el món i les organitzacions polítiques i sanitàries supranacionals a respectar els drets de la mare i de l'infant. A l'octubre de 2007 el Sistema Nacional de Salut d'Espanya va emetre un informe sobre l'Estratègia per a l'assistència al part normal, i es va recollir i implementar també en els successius plans de salut de Catalunya. Aquesta Estratègia s'ha anat actualitzant el 2012 i el 2015. El 2015, i últimament el 2018, l'OMS ha dictat sengles informes amb recomanacions als estats per a la prevenció i eradicació de la manca de respecte i maltractament durant l'embaràs i el part. Al juny de 2015 el Departament de Salut va aprovar la *Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Més recentment, al juliol de 2019, el Secretariat de l'ONU va emetre un informe des de l'enfocament dels drets humans, del maltractament i violència sobre la dona i la salut reproductiva, el part i la violència obstètrica. I l'octubre de 2019 l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa, en la Resolució 2306, es pronuncià sobre la violència obstètrica i ginecològica. També hem de citar el Protocol d'atenció i acompanyament al naixement de 2020 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, que és una edició revisada de la primera edició de 2003.

De tot això es desprèn una necessitat evident d'adaptar i d'actualitzar la normativa sanitària i la penal (específicament, els articles 157 i 158 del Codi penal del 1995) a les noves recomanacions, informes i resolucions dels organismes internacionals, de manera que s'incideixi més en la regulació de l'atenció al tractament de l'embaràs i el part sota el principi de respecte a la voluntat de la gestant o partera i es prevegi en el seu cas el possible conflicte d'interès amb el fetus, com s'ha indicat en el punt 10. Resulta urgent reformar la Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient, perquè prevegi de forma específica aquesta qüestió; d'aquesta manera i salvant les lògiques interpretacions i adaptacions a cada cas concret, es tindria una normativa més detallada que permetria que les decisions clíniques, l'actuació dels advocats i les resolucions judicials en aquesta matèria no depenguessin tant del criteri subjectiu més o

menys sensible i conscienciat d'uns i altres professionals com s'ha reflectit ja i s'ha esmentat en punts anteriors d'aquest document.

També és convenient desenvolupar una formació continuada precisa i adequada per a tot el personal sanitari que intervé durant l'embaràs i el part, així com dels professionals juristes que hagin d'aconsellar o resoldre sobre aquestes qüestions.

15 Indicadors per mesurar els canvis en la qualitat de l'assistència

Cal establir uns indicadors per veure com opera el canvi pel que fa al respecte a l'autonomia i la privacitat o intimitat de la dona en relació amb l'embaràs, part i postpart.²⁸

Per poder avaluar de forma continuada i garantir l'equitat de la implantació de les mesures i protocols establerts per a una atenció respectuosa amb els drets reproductius, caldria que s'apliquessin els mateixos estàndards i indicadors en tot el sistema sanitari. També seria necessari un treball conjunt de les societats científiques i les dones en la definició dels estàndards de qualitat i indicadors nous, així com el procediment per a l'avaluació, sobretot els que fan referència a la participació en la presa de decisions respecte de les preferències expressades, tracte i respecte.

Indicadors descriptius: Aquests indicadors permeten veure si els resultats obtinguts estan dins els rangs internacionals acceptables i l'evolució al llarg del temps. Alguns d'aquests indicadors sobre el total de parts són: percentatges de parts normals, parts induïts, parts instrumentals, i de cesàries; percentatges d'episiotomies; nombre de tactes vaginals per part; percentatge de monitoratges continus; percentatges de maniobres no recomanades; mesures d'alleujament del dolor (percentatge de puncions epidurals, ús de la banyera per a la dilatació, parts a l'aigua...).

Sobre el pla de part i naixement: nombre de plans fets en atenció primària en relació al total de gestants ateses; percentatge de plans recollits en el moment del

²⁸ Lalonde A, Herschderfer K, Pascali-Bonaro D, Hanson C, Fuchtnner C, Visser GHA. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Jul;146(1):65-73.

part; nombre de plans assessorats en ASSIR i recollits i discutits en l'atenció hospitalària.

Indicadors qualitius: És recomanable elaborar un qüestionari per detectar possibles accions o omissions que suposarien violència obstètrica i que hauria d'incloure informació de la indicació i sol·licitud de consentiment sobre els diferents procediments i tècniques d'atenció al part com: exploracions vaginals, administració de fàrmacs, amniotomia, pràctiques que no s'han d'aplicar de forma rutinària, com és ara l'aplicació d'ènemes o rasurat, entre d'altres; mesures per valorar el respecte a la intimitat i la confidencialitat; informació i consentiment per a la presència de persones en formació (alumnes o residents); informació sobre els professionals que atenen; mesura del respecte de les preferències i expectatives registrades en el pla de part i naixement en casos de part normal, i també les relacionades amb el confort (acompanyant, mobilitat, ingesta de líquids o aliments...). Existència d'un procediment de queixes ben establert i accessible, a disposició de totes les dones que han donat a llum.

És necessari la realització periòdica de reunions de grup de dones gestants i les seves parelles que explorin aspectes com la informació rebuda, l'assessorament del pla de part i naixement, compliment i respecte de les expectatives expressades en el pla de part i naixement, així com la vivència i la valoració de l'atenció rebuda durant el procés d'embaràs, part i postpart, amb l'objectiu de conèixer les necessitats de les dones i establir aspectes de millora.

Un altre indicador qualitatiu que cal considerar és en el nombre de protocols d'actuació elaborats o actualitzats. L'elaboració de protocols d'actuació sobre documentació i comunicació centrats en la dona, amb l'objectiu de donar suport a les dones i professionals davant d'una declinació de cures o tècniques recomanades, es considera indispensable per a una atenció de qualitat.

L'establiment d'aquests processos d'avaluació mitjançant indicadors ha de permetre establir mecanismes de millora contínua de la qualitat de l'atenció ajustades a cada context on es dugui a terme.

Per tal de conèixer la realitat del nostre entorn, establir línies de recerca pel que fa a la violència obstètrica basades en aquests indicadors esdevé un objectiu important.

16 Recomanació final

El CBC considera, com s'ha indicat al punt 13, que caldria legislar de manera explícita a favor del respecte a la voluntat de la dona, en l'estela de les recomanacions de l'ONU, l'OMS i del Consell d'Europa. En aquest sentit, caldria fer arribar a les conselleries de Justícia i Salut, als ministeris de Justícia i de Sanitat i al Consell General del Poder Judicial les conclusions d'aquest Comitè.

Mentre aquesta regulació de caràcter bàsic estatal no es produeix, el CBC recomana que tant els professionals de la salut com els jutges que es veuen implicats en una decisió compromesa sempre actuïn a favor que la decisió de la dona gestant sigui acollida de la millor manera possible i, si és possible, respectada.

Aquest document va ser aprovat a la 115a reunió del CBC del dia 15 de desembre de 2020, i han participat en l'elaboració: Margarita Boladeras, Josep M. Busquets, Ramon Escuriet, Josefina Goberna, Montserrat Boada, Elena Carreras, Yolanda Canet, Marta Busquets, M. Concepción Céspedes, Àngels AVECILLA, Pilar Martín Coscolla, Encarnación López, Olga Canet.