

**Estar embarazada y parir en Barcelona:
imágenes y voces de mujeres de la ciudad**

Autora: Ilaria Cover



Estar embarazada y parir en Barcelona: imágenes y voces de mujeres de la ciudad

Un proyecto de:



Con el apoyo de:



Con la colaboración de:



© Farmamundi 2018

EDITA:

Farmamundi Catalunya 2018

C/ Erasme de Janer, 8

08001 Barcelona

Telf: 93 244 44 55

Pàgina web: www.farmaceuticosmundi.org

CON EL APOYO DE:

Ajuntament de Barcelona

IMAGEN PORTADA:

Johana

IMPRESO EN:

Barcelona, Bilògic Gràfics, SL

Índice

1. Introducción	Pag 7
2. Contexto	Pàg 14
3. Metodología: artetnografía	Pàg 21
4. Trabajo de campo	Pàg 27
5. Conclusión	Pàg 50
Referencias bibliográficas	Pàg 60

1. INTRODUCCIÓN

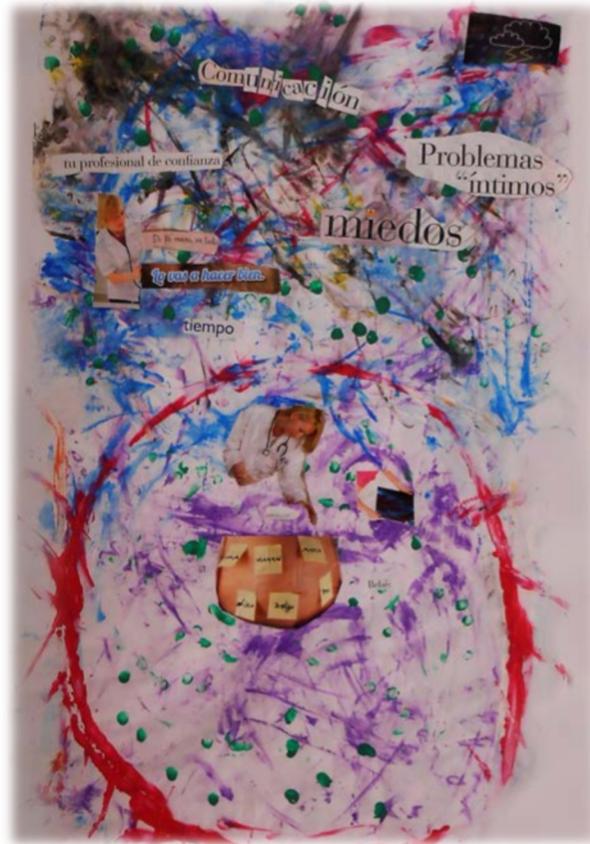


Fig. 1 Obra de Firdaus, representación de su proceso de embarazo y parto

“Mi parto fue como un rayo que lo rompe todo”.

“¿Mi embarazo y mi parto? Yo los definiría normal y normal”.

“El embarazo, como una tormenta en mi cabeza. El parto, como una flor que se abre dentro de mí”.

Estas son las frases con las que tres mujeres – la primera de Ecuador, la segunda de Bolivia, la tercera de Marruecos – definieron su embarazo y parto utilizando un lenguaje poético. El primer dato que probablemente llama la atención es la

variabilidad de las experiencias vividas por estas mujeres. Por un lado tenemos imágenes que sugieren sensaciones de quiebre y destrucción; por otro, de delicadeza y aromas suaves. También se habla de normalidad. Ahora bien, ¿qué significa normalidad para aquella mujer? ¿qué hay detrás de palabras como “*en el hospital me atendieron bien, todo fue bien, regular?*”. O, por el contrario, podríamos preguntarnos qué sentido tendrían expresiones como “*el trato de los profesionales fue fatal, me sentí muy desatendida*”.

Este documento describe un proyecto cuyo objetivo era investigar la **experiencia de embarazo y parto** que **mujeres de diferentes países** han tenido en algunos **CAPs (Centro de Asistencia Primaria)** y **hospitales públicos de Barcelona**, enfocándose en el trato recibido por parte de las y los profesionales de la salud. Se trata de un proyecto elaborado por la ONG **Farmacèutics Mundi (Farmamundi)**¹ y financiado por el Ayuntamiento de Barcelona.

El proyecto tiene como título: “**Artetnografía e interculturalidad: IAP (Investigación, Acción, Participación) para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres barcelonesas**”.

¹ <http://www.farmaceticosmundi.org/farmamundi/>

¿Qué es una IAP? Es un método de estudio basado en investigaciones que contemplan la participación de las mismas personas sobre las que se quiere investigar. Así, además de preguntar a las mujeres sobre su experiencia en los centros de salud de Barcelona, aspirábamos a que ellas participasen activamente en el proyecto. Una vez finalizada la investigación, los resultados se presentaron tanto a las personas que utilizan el sistema sanitario nacional, como a sus profesionales.

¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos? Los derechos sexuales-reproductivos de la persona fueron definidos en dos importantes encuentros internacionales, la “Conferencia sobre Población y Desarrollo²” en El Cairo (1994) y la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer³” en Pequín (1995). En 1995 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) elaboró la “Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos⁴”, en la que estos se describen a partir de doce derechos humanos.

De forma resumida, los **derechos sexuales** son los derechos de las mujeres y de los hombres a tener el control respecto a su sexualidad y de ejercerla libres de cualquier tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación.

² Naciones Unidas (1995).

³ Naciones Unidas (1996).

⁴ La versión en inglés de esta carta es descargable en este enlace:
https://www.ippf.org/sites/default/files/sexualrightsippfdeclaration_1.pdf.

Los **derechos reproductivos**, en cambio, son los derechos de todas las parejas y los individuos a:

Decidir:

- si tener o no descendencia
- sobre el número e intervalo de su descendencia

Tener acceso a:

- servicios de planificación familiar
- métodos anticonceptivos y aborto legal y seguro
- servicios de fertilización asistida
- servicios de salud pre y post embarazo

El primer diseño del proyecto incluía investigar en qué medida los derechos sexuales y reproductivos de mujeres de diferentes países estaban garantizados en el sistema sanitario público de la ciudad de Barcelona. Más adelante, durante la ejecución del proyecto, se afinó el foco de la investigación y se decidió estudiar la percepción de la atención sanitaria recibida por las mujeres durante sus procesos de embarazo y parto. En consecuencia, nuestra mirada se dirigió hacia el respeto o el incumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y de sus derechos como ciudadanas en relación a la atención sanitaria durante el embarazo y el parto.

Estamos acostumbrados a escuchar noticias de violación de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los países “del Sur” y a dar por sentado que en nuestros países “desarrollados” dichas violaciones o no ocurren, u ocurren muy poco. Desafortunadamente, no es así. Tal y como declara la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre la atención al parto en centros de salud:

un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud⁵.

Nuestra investigación ha mostrado que, al lado de experiencias positivas y excelentes de acompañamiento al embarazo y el parto, en los CAPs y hospitales de Barcelona hay también mujeres que experimentan los tratos irrespetuosos y negligentes que la OMS denuncia. Esto significa que el “derecho a una atención de calidad y a alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva⁶” no están siendo garantizados de forma completa o satisfactoria en la ciudad de Barcelona.

⁵ OMS (2014).

⁶ Se trata de derechos a los cuales se hace referencia en la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

A lo largo de este documento haremos referencia a los derechos de las mujeres en cuanto usuarias del sistema sanitario público. Nuestro documento de referencia es la carta elaborada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya en 2015: “Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadanía en relación con la Salud y la Atención Sanitaria⁷”.

Finalmente, en relación nuevamente al título: ¿qué es la artetnografía y por qué incluir la interculturalidad en la investigación? Artetnografía es el método de investigación que utilizamos en este estudio y que combina técnicas de arteterapia (disciplina que conjuga arte y psicología) con técnicas de etnografía (método de investigación social utilizado en antropología).

La metodología artetnográfica tiene una gran ventaja: permite que las personas que participan en una investigación puedan auto-representarse a través de sus palabras y creaciones artísticas, en lugar de ser exclusivamente representadas por las palabras y las conclusiones de una investigadora. Refiriéndonos a la interculturalidad, nos interesaba investigar qué tipo de situaciones surgían cuando mujeres embarazadas procedentes de diferentes

⁷ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2015).

entornos culturales utilizaban los servicios del sistema sanitario público catalán.

El estudio fue llevado a cabo entre abril y diciembre de 2017 con la participación de cuatro grupos de mujeres. A partir de enero de 2018, Farmamundi coordinará una segunda fase del proyecto dónde el foco de la investigación pasará de las mujeres a las y los profesionales que acompañan los procesos de embarazo y parto.

2. CONTEXTO



Fig. 2 Foto tomada durante un taller de arteterapia con las mujeres del grupo de Trinitat Vella

¿Quiénes son las mujeres que han participado en el proyecto?

Son mujeres de **distintas edades**, entre 18 y 40 años, de **diferentes países de origen**: tres de España, seis de Marruecos, una de Guinea, una de Gambia, una de Honduras, cuatro de

Ecuador, una de Perú, seis de Bolivia, una de Paraguay, una de Argentina, una de Chile, y cuatro de Pakistán⁸.

Son mujeres que han vivido en España desde tan sólo unos pocos meses hasta un máximo de 27 años, la mayoría cumpliendo una media de 10 años. La mayoría de ellas ha alcanzado el nivel de estudios de bachillerato en su país de origen, con la excepción de cuatro que tienen estudios universitarios, que todavía no han conseguido convalidar en España. Durante la investigación, la mayoría de las mujeres trabajaba en el sector de la limpieza, ya sea a nivel particular o en empresas. Una mujer trabajaba en el sector de la mediación cultural y otra era voluntaria también en este sector. Seis se dedicaban al trabajo doméstico y a la crianza de sus hijas e hijos. En cuanto a su estado civil, trece estaban casadas o convivían con el padre de sus hijas o hijos y diecisiete estaban divorciadas o no viven con él.

Todas tenían relación con alguna asociación o fundación de la ciudad. Dos grupos de mujeres de procedencia latina estaban vinculadas a la Associació Catalana de Famílies Monoparentals, aunque no todas formaban parte de familias monoparentales. Un grupo de mujeres de procedencia marroquí y paquistaní participaba en actividades del Centre Cívic de la Trinitat Vella.

⁸ En realidad, los talleres de arte terapia fueron atendidos por un número mayor de mujeres, pero solo algunas acudieron de forma continuada. Los números citados arriba se refieren a las mujeres que acudieron a más de un 50% de los talleres.

Finalmente, el cuarto grupo de mujeres vivía temporalmente en una residencia maternal que acoge mujeres gestantes o con hijos menores de 3 años en situación de dificultad social, personal y económica.

De todas las mujeres con las que hemos trabajado, sólo tres estaban embarazadas en el momento de la investigación. Todas, menos una, habían dado a luz por lo menos una vez en algún hospital de la ciudad.

Con la excepción de las tres mujeres españolas, las demás vivieron **procesos migratorios** y de adaptación más o menos largos en Barcelona. Sus historias de migración son diferentes: algunas vinieron solas y empezaron desde cero, otras siguieron un proceso de reagrupación familiar a través del marido que se había instalado previamente en España o en otro país europeo. Algunas, con mucha dificultad, tuvieron que dejar a sus hijas e hijos a cargo de familiares en su país de origen hasta encontrar un trabajo que les permitió traerlas de vuelta con ellas a Barcelona. Varias han tenido que adaptarse a condiciones laborales lamentables para ahorrar dinero mientras esperaban obtener los papeles de residencia. Pocas tienen a miembros de su familia de origen cerca, y por razones económicas y laborales tampoco pueden ir a visitar a sus parientes tan a menudo como les gustaría.

De las treinta mujeres que han participado en el proyecto, siete han compartido haber sido maltratadas física o psicológicamente por parte del marido/pareja o de un familiar cercano. Sin embargo, sabemos que el número de mujeres de nuestra investigación que han pasado por estas experiencias es más alto.

Cuatro de estas siete mujeres han sido abandonadas por el padre de sus hijas o hijos durante o después del embarazo. Muchas de las mujeres con las que hemos trabajado no han tenido en absoluto el apoyo emocional de sus parejas durante el embarazo y parto, o lo han tenido de forma parcial.

Para resumir, las mujeres cuyas voces recoge este documento son mujeres que, aunque procedan de distintos países, comparten experiencias de vida similares, experiencias complejas que se deben a una **confluencia de desafíos**. Las palabras de Firdaus⁹, una de las mujeres marroquí, sintetizan muy bien esta idea:

Si no está tu familia... es duro. Sobre todo los primeros años. Y si le añades el tema de la mujer, embarazo, parto... pues ya es un... Es una cosa que siente una, desde dentro, y tienes que añadirle otros factores, por ejemplo, cómo te mira la sociedad...

⁹ Este nombre y todos los que siguen en el documento son pseudónimos adoptados para preservar la identidad de las mujeres que han participado en el proyecto.

Este testimonio nos muestra las dificultades para adaptarse a vivir en un país nuevo sin una red de apoyo estable; para integrarse en una nueva cultura a causa de actitudes xenófobas o racistas de las personas locales. Si a esto le añadimos posibles dificultades a nivel económico, laboral y emocional, podemos vislumbrar la complejidad de la vida de estas mujeres e imaginar el impacto que todos estos factores pueden tener en su experiencia de embarazo y parto.

¿En qué ha consistido nuestro trabajo con ellas?

Nuestro primer contacto con las mujeres fue a través de los talleres de arteterapia dirigidos por **arteterapeutas del IATBA** (Institut d'Artteràpia Transdisciplinària de Barcelona).

Con cada grupo llevamos a cabo entre ocho y nueve **talleres de arteterapia** de dos horas de duración. Las arteterapeutas, una por grupo, tuvieron un papel de dinamización de los talleres, mientras que la antropóloga, una para todos los grupos, asistió en calidad de observadora semi-participante. En algunas ocasiones participaba de las actividades propuestas por las arteterapeutas, pero sobre todo observaba las dinámicas y tomaba nota de los datos que consideraba relevantes a efectos del proyecto.

Una vez terminado el ciclo de talleres con cada grupo, la antropóloga propuso realizar **entrevistas en profundidad** a alguna de las mujeres para ahondar en las vivencias de embarazo y parto que habían surgido durante el trabajo arteterapéutico. Se entrevistaron a cuatro mujeres por grupo con la excepción del grupo de la residencia maternal que, debido a la delicadez de la situación que estaban viviendo, prefirieron no ser entrevistadas. Sentían que hablar de su experiencia en los centros de salud podía desencadenar emociones y recuerdos con los que no deseaban reconectar.

Las entrevistas transcritas, las notas de observación semi-participante y las mismas obras artísticas que las mujeres crearon durante los talleres constituyen el conjunto de datos en los que la antropóloga se ha basado para redactar este documento.

A partir de una selección de las obras realizadas por las mujeres a lo largo del proyecto se ha creado una **exposición artística** que se presentará en diferentes centros de salud de Barcelona para dar a conocer el trabajo hecho y sensibilizar a la ciudadanía y a las y los profesionales de los dispositivos sanitarios sobre la relevancia de los derechos de las mujeres gestantes.

Para concluir el trabajo realizado con las mujeres, organizamos encuentros con cada uno de los grupos para recibir su feedback acerca de su participación en el proyecto y poder compartir con ellas los resultados que hemos extraído gracias a ellas.

3. METODOLOGÍA



Fig. 3 Una mujer del grupo de Trinitat Vella representa su experiencia de embarazo y parto

‘Artetnografía’ es una palabra compuesta que une ‘arte’ con ‘etnografía,’ que es el resultado del estudio de una sociedad o de un fenómeno cultural por parte de una antropóloga. En la jerga antropológica se usa la palabra etnografía tanto para referirse a un estudio en sí, como a un texto que describe ese estudio. Por otro lado, el arteterapia es una disciplina que utiliza la creación artística para facilitar el autoconocimiento y la expresión emocional de la persona; al mismo tiempo, puede ayudar a lidiar con dificultades emocionales de distintos grados. Las arteterapeutas que han colaborado en el proyecto han propuesto dinámicas y actividades que se usan en la práctica arteterapéutica, a pesar de que los talleres no han sido organizados con este fin.

Sin embargo, aunque el enfoque de los talleres no haya sido estrictamente terapéutico, varias mujeres aseguran que la experiencia fue muy beneficiosa para ellas.

Hemos aplicado una **metodología de investigación mixta** combinando técnicas de investigación etnográfica con técnicas de arteterapia. La observación semi-participante y la realización-transcripción de entrevistas en profundidad, son ejemplos de técnicas de investigación etnográfica. En los talleres se ha utilizado una gran variedad de técnicas de arteterapia, como se describe a continuación.

Los talleres de arteterapia se abrían y se cerraban en un **círculo** formado por las participantes, la arteterapeuta y la antropóloga. La dinamizadora solía preguntar a las participantes cómo se encontraban al llegar a la sesión. Seguía una ronda de palabras, miradas y silencios que la antropóloga anotaba en su libreta, porque este pequeño intercambio de lenguaje verbal y no verbal transmitía mucha información relevante acerca de las participantes. Por ejemplo, las respuestas que las mujeres daban a la pregunta “¿cómo llegas aquí hoy?” revelaban mucho de los equilibrios y desequilibrios de sus situaciones familiares y laborales. Un tema recurrente, sobre todo en los discursos de las mujeres de procedencia latina, era la sensación de llevar una carga familiar y laboral excesiva, como atestiguan frases de este

tipo: “*Vengo reventada*”; “*Por más que corras, no llegas*”; “*Me siento como que cargo una bolsa*”.

Después de un primer momento de puesta en común a nivel verbal seguía la fase central de la sesión, la **fase creativa**, en la que las participantes quedaban en silencio. Las arteterapeutas proponían unas dinámicas de calentamiento para destensar el cuerpo y la mente antes de empezar con el trabajo artístico. A continuación, explicaban el tema y la técnica a desarrollar en la sesión. Por ejemplo, abordar el tema del embarazo a través de la técnica de pintura y collage, o expresar las emociones vividas durante el parto mediante el moldeo del barro. Además de trabajar con artes plásticas, las arteterapeutas proponían dinámicas creativas a partir del teatro, la escritura o la danza.

En la fase de cierre del taller las participantes volvían a sentarse con la arteterapeuta y la antropóloga en círculo, colocando delante de ellas las obras que habían realizado. Quien deseaba compartir cómo había vivido el proceso creativo y qué había surgido de él, tomaba palabra. En este momento la antropóloga tomaba nota de los comentarios de las mujeres que contenían datos importantes para comprender sus experiencias como usuarias del sistema sanitario durante su embarazo y parto. Estas palabras daban información sobre su situación familiar,

relacional, laboral y existencial y quedaban registradas en la libreta de la antropóloga.

La selección de piezas y testimonios que construyen la exposición itinerante se ha hecho de manera conjunta entre Farmamundi, la arteterapeuta especialista en la creación de exposiciones artísticas y que ha coordinado la elaboración de los talleres, y la antropóloga, para lograr una exposición etnográfica y artísticamente comunicativa e interesante.

Trabajar con el arteterapia ayuda a las personas a conectarse con sus emociones y a expresarlas. Es un trabajo que facilita la aparición de contenidos inconscientes, que nos puede sorprender o incluso remover. En nuestra investigación nos ha parecido importante combinar técnicas etnográficas con técnicas artísticas: nos interesaba ir más allá de lo racional, nos interesaba que saliesen a la luz formas y palabras incómodas o difíciles de pronunciar. Como muy bien explica una participante: *“El arteterapia hace mover cosas que... a veces no quieres recordar, pero también es bonito no dejarlas allí”*.

Hemos recibido valoraciones muy positivas de las mujeres. Varias coinciden en que haber participado en los talleres les ha permitido desconectar de la rutina y de las presiones de su vida cotidiana. Muchas se han relajado y han podido reconectar con su

infancia. Algunas han comentado que el grupo les ha servido como red de apoyo, y que conocer la experiencia de las demás les ha ayudado a relativizar la dificultad de la propia. Finalmente, algunas han sentido que los talleres de arteterapia les han aportado más seguridad en sí mismas, proporcionándoles una sensación de bienestar y empoderamiento.

Susan Hogan, profesora de estudios culturales y arteterapia en la Universidad de Derby, Inglaterra, ha coordinado un proyecto en el que profesionales de la salud y mujeres exploraron su experiencia del nacimiento a través del arte. En un informe que describe los resultados de la investigación, comenta:

Parecería que los grupos de arte fuesen un recurso valioso para las mujeres con el fin de dar sentido y entender sus experiencias de parto, ya que el poder compartir su experiencia durante el proceso artístico potencialmente les permitiría desarrollar un cierto grado de conciencia y confianza en ellas mismas¹⁰.

Las frases que dos participantes compartieron en el taller de clausura de su grupo lo explican mejor que cualquier descripción analítica:

¹⁰ “It would seem that art groups are a valuable resource for women to make sense of, and understand their birthing experiences, as they potentially build self-awareness and self-confidence through the sharing of experience in the process of art making” (Hogan 2015).

“Llegué al curso como corriendo. Me sentí acompañada. Me voy más segura, más tranquila, más feliz”.

“Llegué como una tormenta. ¡Voy empezando a tener más tacto... no puede ser tormenta todo el rato! Me voy feliz porque he conocido a nuevas amigas, nuevas mujeres luchadoras. Si fracaso no importa, mañana volveré a empezar”.

4. TRABAJO DE CAMPO

En este capítulo nos adentramos en la experiencia de embarazo y parto vivida por las mujeres en los centros sanitarios de Barcelona. Las reflexiones que siguen se basan en el material recopilado durante el trabajo de campo con los cuatro grupos de mujeres. Se trata de un material vasto, que aborda muchos aspectos de sus vidas. Con la intención de redactar este documento se han seleccionado los temas más relevantes relativos a las experiencias de embarazo y parto, y se han organizado en dos secciones que hacen referencia tanto a aspectos positivos como a aspectos negativos de éstas.

Embarazo



Fig. 4 Obra de Bintou, *Una mujer*

La mayoría de las mujeres entrevistadas han valorado positivamente la relación mantenida con la comadrona del CAP al que acudieron durante los meses de embarazo.

Un tercio de ellas comenta haberse sentido muy respetada y cómoda en la relación con la comadrona y de haber recibido toda la información que necesitaban sobre su proceso de embarazo y parto.

En algunos casos concretos las mujeres han sentido un apoyo tan especial por parte de algunas profesionales que han llegado a considerarlas como amigas. Es el caso de Firdaus que, durante su segundo embarazo, conoció a una ginecóloga que la ayudó en un momento crítico. Dándose cuenta que estaba pasando una época difícil, la ginecóloga intentó ayudarla a tramitar un visado para que su madre pudiese visitarla desde Marruecos.

Dunia, otra mujer marroquí, tuvo una experiencia similar. Parió sus primeros dos hijos en Marruecos. Dio a la luz su tercer hijo en un hospital de Barcelona, donde las profesionales “[la] trataron superbien y no [la] dejaron sentir sola”. A causa de dificultades familiares, Dunia estaba atravesando un momento complicado. Su comadrona se convirtió en una figura de apoyo fundamental para ella, compensando la fragilidad de su red

familiar y social. Esta relación especial con la comadrona se extiende hasta el presente. “*Cuando necesito hablar, ¡voy al CAP y hablo con Martina!*”.

En respuesta a si se sintieron acompañadas por las comadronas durante su embarazo la mayoría contestó que sí, pero algunas subrayaron que este acompañamiento había consistido sobre todo en un seguimiento técnico, orientado exclusivamente a monitorear la salud de la madre y del feto. En las palabras de Mía:

Iba a las visitas de estas que me vacunaban, que me sacaban la analítica, para ver si es que había algún tipo de problema, o algún riesgo, eso sí, eso con los dos partos no tengo problemas, no tuve quejas, que me decían que me tomase ácido fólico, hierro y tal, porque vieron que tenía un poco de anemia, pero a más a más eh... acompañamiento acompañamiento como tu me explicas, no.

Comentarios similares a estos dejan entrever cierto descontento de las mujeres hacia una práctica médica que se centra en la observación y el tratamiento de la dimensión biológica de la persona sin considerar adecuadamente su relación con otras dimensiones que constituyen la persona, como la dimensión emocional, social, cultural e histórica.

Un factor que las mujeres valoran mucho en la relación con la comadrona es la continuidad. La relación de confianza con cualquier profesional de salud necesita un tiempo para poder establecerse; durante el embarazo, la continuidad de la relación con la comadrona proporciona una sensación de seguridad a la mujer gestante. Lo atestigua muy bien el testimonio de Mía que, estando embarazada, prefería recorrer a pie el camino hacia el lejano CAP donde trabajaban profesionales de confianza que caminar hacia el CAP cercano donde todavía no conocía a nadie:

Yo ya vivía aquí [en Vallcarca], pero andando me iba hasta allí [hasta el CAP del barrio donde vivía antes], o sea con el calor que hacía y tal, me iba igual hasta allí, me decían ¡Pero cámbiate, que es mejor para tí! No, pero me gusta como... no sé, de una forma u otra me... los sentía cercanos.

Algunas mujeres han comentado haberse sentido incómodas a causa de cambios repetitivos en la figura de referencia durante los meses de embarazo. Por ejemplo, comentando una obra en la que ha representado la atención recibida durante aquellos meses, Martha dice:

La luz representa a mis hijos, mientras que la oscuridad los que me rodearon y no supieron darme seguridad en ese momento. Era como si cada vez que iba, fuera una primera visita.

En el caso de Layla la dificultad por los cambios repetitivos de comadrona estaba relacionada sobre todo con la barrera lingüística. Cuando llegó a Barcelona de Pakistán estaba embarazada de 8 meses y desconocía el castellano por completo.

En ese aspecto he sentido incómoda un poco, porque una persona sabe historia, y entiende y... poco a poco mejor. Pero muchas veces... casi cada vez, una persona nueva, a mí me cuesta, porque ahora tengo nivel mejor, pero entonces no tenía.

A pesar de ello, tal y como han comentado un par de mujeres, a veces el verdadero obstáculo para una comunicación eficaz entre profesionales y usuarias que provienen de otro país no es la falta de un idioma en común, sino la proyección de una visión estereotipada de las usuarias por parte del personal sanitario. Yasmine, por ejemplo, explica que simplemente por el hecho de llevar un pañuelo y tener rasgos árabes, la gente da por sentado que es marroquí – es argelina – y que trabaja en la limpieza – es profesora de inglés -. Durante su primer embarazo y parto tuvo la

sensación de que las personas que la atendieron no intentaron dialogar con ella porque suponían que no les entendería. Layla, que es pakistaní, explica algo muy similar: *“las enfermeras y las comadronas quizás pensaban que yo no las iba a entender. No me han comunicado mucho. Mucho no, casi nada”*.

La barrera lingüística entre profesionales y mujeres perjudica la calidad del trato proporcionado por las primeras hacia las segundas. Está claro que si en el CAP o en el hospital donde una mujer se visita no existe un servicio de traducción y/o de mediación cultural, ella no podrá ser adecuadamente informada sobre el proceso que está viviendo ni sobre sus derechos; tampoco podrá estar adecuadamente preparada para la experiencia del parto.

En la muestra de nuestro proyecto varias mujeres tuvieron dificultades de comunicación lingüística con el personal sanitario. Se trata de las mujeres que llevaban pocos meses en Barcelona en el momento de su embarazo, o que, aunque llevasen más de un año en la ciudad no habían alcanzado un buen nivel de castellano o catalán, debido a factores como la responsabilidad del trabajo doméstico y de la crianza de los hijos, la fragilidad de la red social en el país de acogida y la dificultad para encontrar trabajo.

La falta de un servicio de traducción en los CAPs y hospitales no sólo dificulta el acceso de las gestantes a información relevante acerca de su condición y proceso, sino que a menudo hace que experimenten situaciones incómodas. Esto se debe al hecho de tener que compartir temas íntimos con sus acompañantes¹¹ que tratan de ejercer como traductores. Layla, por ejemplo, explica haber sentido “*una vergüenza de muerte*” cuando acudía a las visitas preparto con su cuñado – su marido no podía acompañarla a causa de horarios de trabajo incompatibles -. Las comadronas les hacían preguntas sobre temas que, en su país, Pakistán, se hablarían sólo entre mujeres o con el marido.

Los acompañantes de las mujeres gestantes, dependiendo de su sexo, edad y cultura, también pueden sentirse muy incómodos haciendo de traductores; además, es difícil que conozcan las palabras técnicas utilizadas en las preguntas. El resultado es que estos diálogos son a menudo confusos y embarazosos para todas las personas implicadas.

Mientras algunas mujeres han percibido un trato humano y cálido por parte de las y los profesionales durante su embarazo, otras se han confrontado con actitudes distantes o bruscas. Respecto a esto, comparando las experiencias de las mujeres de

¹¹ Normalmente los acompañantes son personas adultas que pertenecen al entorno familiar de la mujer, pero no siempre es así. A veces son acompañadas por familiares menores de edad o por personas con las que no tienen una relación de sangre.

procedencia latina con las experiencias de las mujeres del grupo de mujeres marroquí y pakistaní podemos observar una mayor ocurrencia de experiencias negativas en el segundo grupo. Entre las mujeres latinas y el personal sanitario local existe una diferencia cultural pero no lingüística, mientras que, con las mujeres marroquí y pakistaní además de la lingüística, hay una diferencia cultural más profunda.

Considerando el pequeño número de nuestra muestra, no podemos sacar conclusiones que relacionen el origen de las mujeres con el tipo de trato recibido, pero sí resaltar de las observaciones que mientras ninguna de las mujeres de procedencia latina se ha sentido discriminada o faltada al respeto por su origen, varias mujeres marroquí y pakistaní sí lo han sentido. Podemos suponer que esto se debe a la dificultad relacional que se genera entre profesionales y usuarias cuando la diferencia entre los modelos culturales es elevada. Creemos que cierta actitud islamofóbica, que ha empezado a difundirse en Occidente a partir de los atentados a los Torres Gemelas del 2001, condiciona la manera en la que parte del personal sanitario se relaciona con las mujeres de Marruecos y de Pakistán, ya que son países de mayoría musulmana.

Los testimonios de situaciones negativas que hemos recogido implican comentarios irónicos y en algunos casos abiertamente

despectivos hacia las mujeres, en ocasiones relacionados con su petición de no ser atendidas por profesionales hombres, sobre todo en ocasión de visitas ginecológicas. El caso que así nos lo muestra es el de Yasmine, que mientras estaba embarazada acudió a urgencias por un fuerte dolor de estómago. Una enfermera le explicó que, dado que estaba embarazada, era necesario hacer una visita ginecológica para averiguar que el bebé estuviese bien. Yasmine asintió, pero cuando vio que en la habitación entraba un doctor pidió que lo cambiaran por una doctora. El doctor se mostró muy comprensivo hacia su petición, mientras que la enfermera le lanzó una frase provocadora: “*Qué pasa, ¿no hay hombres en tu país?*”. Después de una discusión en estos términos, Yasmine se levantó y dejó la habitación, mientras la enfermera le decía “*¡Si pasa algo a tu bebé, es tu responsabilidad!*”.

De las doce mujeres entrevistadas, siete (cinco latinas, una marroquí y una pakistaní) han expresado preferencia por ser atendidas por una profesional mujer. Cinco mujeres, (tres latinas, una marroquí y una pakistaní) han expresado no tener preferencias porque “*hombres o mujeres, todos son profesionales, y se supone que trabajan con profesionalidad*”. Las tres mujeres latinas han comentado que, pudiendo escoger, quizás preferirían un hombre, porque respecto a las mujeres son más comprensivos y más delicados.

Como los datos atestiguan, la preferencia por una profesional mujer no es algo “típico” o exclusivo de la cultura de las mujeres musulmanas. Las razones por las que una mujer puede querer ser atendida por otra mujer pueden ser varias: por ejemplo, como explica Mía, porque se siente más segura si la atiende una persona que ya ha sido madre o que pueda empatizar con la maternidad. O, como explica Beatriz, por el hecho de haber sufrido acoso sexual por parte de un hombre, una experiencia que puede condicionar profundamente la interacción con otros hombres, sea cual sea su rol en la vida de la mujer.

Sin embargo, mujeres como Marikha (de Pakistán) y Yasmine (de Argelia) no se han limitado a expresar una preferencia, sino que han exigido ser visitadas por una profesional de su mismo sexo. Como su exigencia no podía ser satisfecha, las dos mujeres han preferido aplazar la visita para otro día. En ambos casos, hubo fricciones con el personal sanitario.

Parto



Fig. 5 Obra de Firdaus, representación de su parto

Los testimonios de las mujeres acerca de su experiencia de parto en relación al personal sanitario tienen un carácter más intenso que los testimonios acerca de su embarazo. Con toda probabilidad, esto se debe al mayor grado de emoción, pero también de preocupación, que las mujeres viven antes y durante el parto.

La preocupación y el miedo que las mujeres proyectan hacia el parto - especialmente si son primerizas - están fuertemente conectados con la construcción social del parto como proceso de riesgo. En otras palabras, partiendo de una visión del cuerpo «como generador de riesgos y problemas, como imprevisible y descontrolado» (Blázquez Rodríguez 2010:217) la medicina

oficial (biomedicina) nos transmite la idea que el embarazo y el parto son procesos que necesitan de un constante control médico. Esta percepción del cuerpo de la mujer gestante viene reforzada a nivel social, a la vez que agudiza la dependencia de las mujeres hacia el personal sanitario, favoreciendo su intervencionismo durante los procesos de embarazo y parto.

La mitad de las mujeres entrevistadas explica haberse sentido acompañada por el personal sanitario durante el parto, mientras que la otra mitad afirma no haberse sentido acompañada o haber tenido algún tipo de problema de relación con las profesionales. Algunas mujeres han tenido experiencias positivas y negativas en diferentes partos, o a veces incluso en un mismo parto, sintiéndose faltadas al respeto por una enfermera y, a la vez, apoyadas por una comadrona.

La sensación de haberse sentido acompañada puede haberse originado principalmente por dos “canales”: el físico y el verbal. Algunas mujeres han valorado el hecho de que la profesional le cogiese la mano, se sentase a su lado o que simplemente la mirase a los ojos o le hablase durante los momentos más intensos del trabajo de parto.

Porque te hablaban, yo más porque me hablaban me sentía tranquila, bueno mi dolor no lo aguantaba, pero...

(Tamara)

Cuando alguien habla conmigo, me siento mejor. Luego me digo, tal vez por eso cuando tuve el segundo hijo... digo, creo que por eso en el primer parto gritaba más.

(Yasmine)

Con estas palabras Yasmine se refiere al hecho de que durante su segundo parto se sintió muy acompañada por la comadrona y que por esta razón no sintió la necesidad de gritar tanto como durante el primero. En su primera experiencia de parto Yasmine se sentía muy asustada y “*no quería estar sola ni dos minutos*”.

Si Yasmine gritó para atraer la atención del personal sanitario, Lucía reprimió su necesidad de ayuda mordiendo las sabanas de la cama del hospital, mientras su compañera de habitación le aconsejaba “*¡Si tienes que gritar, grita! Es normal, si vas a gritar las enfermeras te van a atender*”.

Estos ejemplos dejan claro que gritar durante el parto no es sólo una expresión de tensión físico-emocional, sino que puede ser al mismo tiempo una manera de comunicarse (o no, como

Lucía) con el personal sanitario. Sin embargo, no siempre esta acción liberadora es aceptada de buen grado en los hospitales, donde a veces las mujeres pueden escuchar frases como la que sorprendió desagradablemente a Firdaus, “*¿Por qué gritas tanto? Todo el mundo tiene dolor cuando está de parto*”, le dijo una enfermera.

Tres de las mujeres entrevistadas cuentan haberse sentido solas durante las horas del trabajo de parto. Yasmine y Firdaus lo explicitan abiertamente; Firdaus dice en términos claros haber experimentado una sensación de abandono en el hospital. A Marina, en cambio, le cuesta comunicar la emoción vivida en aquel momento. Durante los talleres de arteterapia definió su experiencia de embarazo y parto como ‘normal,’ y aunque durante la entrevista en profundidad inicialmente no expresó ninguna queja sobre el trato recibido durante el parto, hacia el final, cuando el diálogo se hizo más abierto, compartió que:

Sí me hubiese gustado que estén más por ti, porque hay otras [profesionales] que están todo el rato a tu lado, que te dan ánimos, que te están sobando... Me hubiera gustado que vale, estén todos ahí fuera pero por lo menos uno, con la puerta medio abiertita... me sentí como un poquito... sola.

Algunas de las mujeres de nuestra muestra no estuvieron acompañadas por familiares o personas cercanas durante su parto. No es el caso de Yasmine, Firdaus y Marina. Las tres están casadas y sus maridos estuvieron con ellas en el paritorio: dos de ellas explican que la presencia de los maridos no ayudaba mucho, ya que se mostraban más asustados que ellas. Un ejemplo es el de Yasmine, que explica: *“Cuando yo gritaba su cara empezaba a ser amarilla. Yo le dije: Por favor, ¡déjame! No puedo pensar en ti, déjame pensar en mí ahora”*. Firdaus cuenta que aunque podía sentir el acompañamiento del personal que la atendía y del marido durante el parto, en su percepción todos ellos se quedaban en un segundo plano, porque: *“yo era consciente de mi misma: soy yo la que va a parir”*. Otras mujeres que han parido sin tener cerca sus seres queridos han manifestado, a través de sus testimonios, una actitud similar de determinación y autonomía emocional.

Otras mujeres se han sentido incómodas no a causa de la ausencia de figuras profesionales durante el trabajo de parto, sino por lo contrario: la presencia de profesionales les hizo sentir que la intimidad que necesitaban no estaba siendo respetada. En el caso de Mía, la incomodidad resultaba de la combinación entre un espacio de acogida no adecuado a sus demandas y las idas y venidas de distintas figuras

profesionales. Cuando llegó al hospital, con dolores de parto, no había camas ni camillas libres. Mía explica que la dejaron esperando de pie, sin zapatos, en una sala fría, y que mientras le ponían la bata “*la gente iba y venía*”. Beatriz cuenta algo parecido: “*En el parto sí, me atendieron bien, pero lo que no me gustó es que... como no podía empujar, entraba uno, entraba otro, entraba uno, entraba otro... entraron como cinco veces. Entonces claro, yo me sentí incómoda*”.

Algunas mujeres, como Leticia, explican que la organización del espacio en el hospital no le proporcionaba una sensación de protección e intimidad, sobre todo durante las horas del trabajo de parto:

En urgencias de la sala de parto, donde te tienen hasta que te cogen ya para entrar en el paritorio [...] Hubo un momento que sí, que me tenían allí con las piernas abiertas y de pronto al lado estaba otra familia, ¿me entiendes? No claro con la cortina abierta, pero me daba la sensación que si alguien venía abría, y eso.

La presencia de estudiantes de prácticas durante las horas antecedes al parto o en el parto mismo es para algunas mujeres fuente de molestia. Los testimonios expresan que la molestia es causada por la manera en que la presencia de los

estudiantes es gestionada por los profesionales, sobre todo si no se pidió permiso con antelación a las mujeres. Lucía, por ejemplo, explica que mientras apreciaba mucho que una enfermera de prácticas estuviese a su lado, ya que le daba “*buen trato y seguridad*”, al mismo tiempo temía la llegada de los médicos con sus estudiantes, hasta el punto de fingir que dormía cuando entraban en su habitación por la noche.

No me gustaban los médicos, porque con ellos venían 7 estudiantes de prácticas. Uno decía... les explicaba el caso pero yo estaba con dolores... y me decían “Te tenemos que controlar”. Le decía “No, ya me ha controlado el doctor en la tarde”, “La cosa es que sí tenemos que revisarla”. “No, ¡no quiero! ¡No me toque! Por favor, ¡váyanse!”.

A través de los testimonios se puso en evidencia que la relación entre los profesionales y las mujeres puede tener un impacto significativo en el proceso de parto, concepto que la OMS recoge cuando afirma:

Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas

prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé¹².

El caso del parto de Francisca es muy representativo de cuánto una relación de confianza con el personal sanitario puede influir no sólo en la experiencia de parto, si no en su evolución fisiológica. Francisca cuenta que después de varias horas de trabajo de parto le pusieron la anestesia epidural. Una profesional le dijo que era necesario sacar el niño rápidamente porque podía quedarse sin oxígeno, y fue a buscar un aparato para realizar una electrocardiografía fetal. Francisca empezó a sentirse asustada y nerviosa porque no se sintió adecuadamente informada acerca del funcionamiento del instrumento.

Pero como no te explican bien, también qué consecuencias puede tener el niño... Al principio no debería de tener nada, pero a ver, le digo, a ver, pro y contras que necesito saberlo. Es que... me hizo entender que lo iban a hacer. ¿Y si yo no quiero?

Mientras tanto, la comadrona que había atendido a Francisca en el CAP durante su embarazo, y que también trabajaba en ese hospital, empezó su turno. Esta mujer la

¹² OMS (2014).

ayudó a conectar con sus contracciones y poco a poco Francisca entendió cómo empujar. Cuando llegaron con el electrocardiógrafo, la comadrona dijo que ya no hacía falta, porque Francisca estaba de parto. Según Francisca, la presencia de la comadrona había contribuido a desbloquear el proceso de parto, proporcionándole una seguridad que con los otros profesionales no había logrado sentir.

Algunas mujeres están muy agradecidas al personal sanitario porque supieron darles un apoyo tan especial que les ha permitido olvidar las dificultades emocionales que estaban viviendo en aquel momento de su vida. Firdaus, por ejemplo, durante su primer parto cuenta haberse sentido “*muy querida, y esto tapó todo el dolor que tenía*”.

Olga se enteró que estaba embarazada cuando el feto ya tenía cinco meses y cuando ya no tenía relación con su pareja. Por miedo a ser despedida del trabajo, retrasó comunicarlo a su jefa, y dos semanas antes del parto tuvo que cambiarse de piso. A pesar de estas dificultades, la experiencia de parto de Olga fue muy positiva gracias a la calidez del trato de un doctor que, además de ser “*muy guapo e inteligente*”, le dio apoyo, le hizo sentir importante y sobre todo acompañada.

En los testimonios de las mujeres se recoge como unas se han sentido apoyadas y respetadas durante el proceso de parto, mientras que otras han vivido episodios de desencuentros con las personas que las atendían, provocando situaciones de mucha tensión.

Algunas mujeres no se han sentido a gusto cuando el personal sanitario no ha sido capaz de acompañarlas a nivel emocional. Mía, con tono irónico, reflexiona sobre la falta de empatía de enfermeras y comadronas durante las horas del trabajo de parto:

Yo no sé si estaba... parecía entre Alemania y Rusia o las dos, vaya! Nunca hubo... “¡Estamos contigo!”. No sé, yo lo necesitaba, porque en el segundo fue cuando realmente tenía... estaba a flor de piel, todo.

La actitud de frialdad del personal sanitario puede expresarse de muchas formas y aumentar el estado de tensión que la mujer está viviendo. Tamara, por ejemplo, cuenta que en el momento de ponerle la epidural el anestesista entró en la habitación sin presentarse y le explicó con tono serio la normativa sobre el consentimiento informado. Como iba completamente tapado, el único contacto fue a través de la mirada. Sintiéndose asustada por los posibles efectos

adversos de la anestesia, Tamara hubiese necesitado un trato más cálido por parte del doctor.

En algunas ocasiones la tensión se ha originado cuando las mujeres han sentido que sus sensaciones o intuiciones sobre el proceso que estaban viviendo no eran escuchadas.

Una frase como “*Pero ¿cómo sabes tú que éstas son contracciones?*”, que Lucía escuchó de una enfermera el día del nacimiento prematuro de su hijo, pone en cuestión la sabiduría innata del cuerpo de las mujeres. Leticia vivenció dos veces la experiencia de no ser creída por el personal sanitario cuando se presentó en el hospital diciendo que estaba de parto. Las dos veces la enviaron a casa, y ambas veces tuvo que volver a urgencias al cabo de unas horas para parir. En su primer parto dio a la luz en la sala de urgencias acompañada por un enfermero: “*es que yo sentía que el bebé estaba saliendo, yo les hablaba [a los profesionales], pero no me querían escuchar*”.

Mientras Leticia y Lucía tuvieron discusiones acaloradas con el personal, algunas mujeres ocultaron su descontento o frustración y otras se atrevieron a negociar sus necesidades. Un par de las mujeres entrevistadas comentan haber tenido fricciones con algunas enfermeras a propósito de

la práctica de lactancia. Tanto Beatriz como Tamara cuentan que las enfermeras intentaron obligarlas a dar el pecho a sus bebés cuando ellas no querían. En los dos casos, las enfermeras sacaron el mismo discurso que invoca la retórica de la naturaleza, asegurando que “*para el bebé es bueno y natural tomar la leche de la mamá*”. El discurso de las enfermeras sobre lo que es supuestamente natural, instintivo y universal intenta imponerse sobre la experiencia particular de las mujeres, influenciada por su historia personal y, posiblemente, su entorno cultural.

La mayoría de las mujeres entrevistadas reconoce haberse dejado en las manos de los profesionales durante las horas del trabajo de parto. Al preguntarles si estaban satisfechas por el trato recibido, muchas han contestado afirmativamente. Sin embargo, cuando intentábamos ir un poco más a fondo de la cuestión, surgían otras respuestas. Varias mujeres hubiesen preferido tener más intimidad en su habitación en las horas anteriores y sucesivas al parto; hubiesen querido tener un espacio donde poder moverse más; hubiesen querido probar los recursos de los que se habla en las clases de preparación al parto como la pelota, la bañera, las cuerdas; hubiesen querido parir en una posición diferente a la clásica. Hubiesen querido, pero no lo han pedido “*para*

no molestar, porque ellos saben mejor, porque si luego pasa algo...”.

5. CONCLUSIÓN



Fig. 6 Obra de Marina, *La vida*

Todos los testimonios de las mujeres recopilados en este documento, junto con muchos otros que han salido a lo largo de la investigación, confirman una reflexión que la profesora Susan Hogan plantea en un informe acerca del proyecto “The Birth Project: Using the Arts to Explore Birth¹³” (“El proyecto del parto: haciendo uso de las artes para explorar el proceso del parto”).

Las conclusiones de un análisis preliminar basada en ambos grupos de madres parecerían respaldar que, como reconocido en investigaciones existentes, *es la calidad de la atención y la naturaleza de la relación entre el/a*

¹³ Hogan 2016.

*proveedor/a de atención y la mujer que es de importancia crucial en su experiencia de parto [cursiva en el original]*¹⁴.

El personal de enfermería, comadronas, medicina y ginecología, poseen un conocimiento teórico y práctico que les permite acompañar a las mujeres en sus procesos de embarazo y parto. Sin embargo, poseer un conocimiento médico, por más exhaustivo que sea, no implica automáticamente saber proporcionar una atención de calidad. La escucha, la empatía, la evaluación de la situación global de la mujer que acude a un servicio sanitario de maternidad no son detalles insignificantes, sino elementos fundamentales del arte de cuidar.

Recibir una atención de calidad es además un derecho que todas las personas tenemos que poder disfrutar. Este derecho está incluido tanto en la conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos como en la conceptualización de los derechos sanitarios del ciudadano enunciados en la “Carta de Derechos y Deberes de la Ciudadanía en relación con la Salud y la Atención Sanitaria”.

¹⁴ “Findings from a preliminary analysis based on both groups with mothers would appear to support existing research that *it is the quality of care and the nature of the relationship between the care provider and the women* which is of crucial importance for her birthing experience [...]”

En el capítulo 4 de este documento hemos conocido algunas experiencias de embarazo y parto vividas por distintas mujeres a través de sus testimonios. A continuación se describe la correlación entre esas experiencias y el respeto o la vulneración de los derechos de las mujeres como usuarias del sistema sanitario nacional, sin hacer referencia concreta a cada uno de los derechos mencionados en la carta, sino sólo a aquellos acerca de los cuales tenemos ejemplos significativos de respeto o vulneración dentro de nuestra muestra.

Las personas que por una razón u otra ocupan un lugar desfavorecido o marginal en la jerarquía social están más expuestas a la vulneración de sus derechos. Las mujeres con las que hemos trabajado reúnen una o varias características que les colocan en una posición de vulnerabilidad en la sociedad. Con la excepción de cuatro, todas provienen de países de bajo o medio ingreso y su situación socio-económica en Barcelona oscila entre una condición de autosuficiencia y de precariedad. El hecho de provenir de países de bajo o medio ingreso dificulta su inserción en la sociedad local y, en algunos casos, las expone a episodios de intolerancia o racismo. Finalmente, el hecho mismo de ser mujer comporta un componente de vulnerabilidad dado que la violencia machista está tristemente presente tanto en la sociedad de aquí como en la de procedencia.

La conexión entre algunas condiciones de las mujeres y la vulneración de sus derechos queda explicitada en el documento de la OMS “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud¹⁵”:

Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes [...], entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.

A partir del testimonio de las mujeres, el presente estudio ha puesto de manifiesto los siguientes temas:

Equidad y no discriminación de las personas

El derecho a “recibir una atención sanitaria equitativa, sin discriminación, que protege las situaciones de vulnerabilidad y con un trato respetuoso” se ha visto respetado todas las veces que las madres han sentido que el personal sanitario se ha dirigido a ellas con respeto y considerando su situación particular, sin discriminarlas por su edad, procedencia o ideología. En algunos casos este personal ha sabido identificar situaciones de vulnerabilidad y ha podido ofrecer consejos o soluciones apropiadas a las mujeres. Este derecho también se ha visto respetado cuando se ha buscado una manera para atender la

¹⁵ OMS 2015.

diversidad cultural o para superar las dificultades lingüísticas que existían.

Los casos de vulneración de este derecho, se han dado todas las veces en las que las mujeres han recibido comentarios irónicos o inapropiados, a menudo reflejos de una falta de respeto - y seguramente conocimiento - de creencias o prácticas culturales diferentes de las locales.

Respetar a las mujeres gestantes también implica considerar su punto de vista y sus percepciones acerca de su propio estado físico-emocional. En distintos casos de nuestra muestra, el punto de vista de la mujer no ha sido adecuadamente considerado o ha sido desestimado. Ocasionalmente, esto ha llevado a repercusiones negativas sobre el proceso de parto.

Intimidad y confidencialidad

El derecho a “preservar nuestra privacidad e intimidad en la atención, la confidencialidad de la información y nuestra libertad ideológica y religiosa” se ha visto respetado cuando el personal ha gestionado la atención de las visitas y el parto con un trato delicado, apoyando las preferencias de las mujeres y respetando su diferencia ideológica o religiosa. Algunas mujeres han sentido que los espacios sanitarios a los que han acudido eran íntimos, acogedores y adecuados a sus necesidades.

Otras mujeres, en cambio, se han sentido desprotegidas y vulnerables en los espacios sanitarios, ya sea por razones logísticas o por dinámicas de confrontación con el personal que las atendió.

Cuando en los centros sanitarios no hay servicios de traducción y mediación cultural, el derecho a preservar la intimidad y la confidencialidad de las mujeres se ve fácilmente vulnerado. Hemos visto que, aunque las personas que acompañan a las mujeres a las visitas de seguimiento o al parto pueden actuar como traductoras, no siempre tienen una relación de confianza con ellas. En consecuencia, durante la traducción a menudo se crean situaciones incómodas debido a que la comunicación entre la mujer y la profesional no puede darse de manera clara y eficaz.

Las barreras lingüísticas que se interponen entre el personal y las mujeres ocasionan la vulneración de algunos aspectos de los derechos de la ciudadanía relacionados con el **acceso al sistema sanitario** y con la **autonomía y toma de decisiones**. Si no hay fluidez en la comunicación verbal, la mujer no podrá “obtener información sobre las prestaciones del proceso de atención” de forma exhaustiva, ni podrá “disponer de toda la información y el soporte necesario para que la dignidad y la autonomía en la toma de decisiones respecto al proceso terapéutico sea garantizada”.

Algunas de las mujeres que han participado en el proyecto han manifestado descontento por no haber sido adecuadamente informadas sobre los procesos que estaban viviendo. Mientras algunas ya eran conscientes de ello, otras se dieron cuenta durante las entrevistas – *“es la primera vez que hablo y reflexiono sobre mi parto, muchas cosas no las había ni pensado”*, comenta por ejemplo Layla. Pocas manifestaron a los profesionales las dudas y las preguntas que guardaban; algunas, como Mía, recurrieron a internet para tener más información – *“soy una persona muy curiosa. Si alguien no me explica algo, lo busco en la web”*.

Sin embargo, dialogando con las mujeres nos hemos dado cuenta que a veces ellas mismas no dan mucho peso a la importancia de estar adecuadamente informadas sobre las prestaciones que reciben durante el proceso de atención. Lo atestiguan frases como las siguientes:

¿Existe un plan de parto? Me acabo de enterar ahora. Pero bueno, que no me hizo falta tampoco, uno espabila ya allí! (Mía)

No sufrí por no poder comunicar durante el parto, sólo cuando tenía que rellenar algún papel hablaba con mi marido, pero no sentí falta de la traducción, porque no me han preguntado muchas cosas... ellos hacían su trabajo (Layla)

Esta actitud de entrega al personal sanitario en cuanto titular del conocimiento “definitivo” sobre los cuerpos de las mujeres, actitud que el sistema médico promueve, genera un alejamiento de la persona de los procesos que está viviendo y le otorga un rol pasivo.

Tal y como escribe la antropóloga Montes Muñoz:

La monopolización de la información, el control total de las técnicas y el poder que socialmente se ha otorgado al sistema médico, unido a relaciones jerárquicas e infantilizadoras, anula el saber y la confianza de las mujeres en sí mismas y en sus cuerpos y, como consecuencia aumenta su dependencia respecto a los especialistas¹⁶.

Calidad y seguridad del sistema

El derecho a “recibir una atención sanitaria de calidad que garantice la continuidad asistencial y la seguridad clínica y personal” se ha visto respetado cuando las mujeres han podido establecer una relación de confianza con una misma comadrona durante el seguimiento de su embarazo y con las mismas

¹⁶ Montes Muñoz 2010:195.

profesionales en la atención de su parto, puesto que éstas las han tratado de manera cuidadosa y cercana.

Este derecho se ha visto vulnerado cuando el seguimiento y la atención recibida han sido diversificados entre varias profesionales, haciendo así que cambiase la persona de referencia, tal y como expresa una de las mujeres participantes “*Cada vez que iba, parecía una primera visita*”.

Finalmente, hemos observado que varias mujeres han callado necesidades, preferencias, preguntas o curiosidades acerca de sus propios procesos fisiológicos, de alguna forma entregándose a la autoridad del personal sanitario. De doce mujeres entrevistadas, cuatro han vivido una o más experiencias negativas sensibles de una denuncia, pero finalmente sólo una llegó a manifestar su descontento a la autoridad, en este caso poniendo una denuncia a la directora del hospital por el comportamiento negligente y maleducado de una enfermera.

Creemos que es importante que las mujeres hagan valer su punto de vista en cuanto personas y en cuanto usuarias del sistema sanitario. Por un lado, porque su punto de vista puede contribuir a mejorar la calidad de la relación terapéutica; por el otro, porque su opinión puede contribuir a la mejora del sistema sanitario. Este es, efectivamente, otro derecho de las personas en

relación a la atención sanitaria, el **derecho a la participación**, que consiste en poder “expresar la opinión sobre el sistema sanitario y participar en ello como agentes activos”.

De manera general, la calidad de la atención profesional que recibimos incide en nuestra salud. Aunque esta regla es siempre válida, en algunas situaciones resultará más determinante. Durante el proceso en el que una mujer gesta y permite el alumbramiento de una nueva vida, es sumamente importante que esté rodeada por un conjunto de personas que proporcionen un trato respetuoso, empático y profesional. El embarazo y el parto son, sin duda, experiencias personales e íntimas en la vida de una mujer. Sin embargo, estas experiencias están profundamente influenciadas por todo el conjunto de circunstancias que ella vive en su familia, en su puesto de trabajo, en su barrio y en el centro de salud al que acude. Así pues, embarazo y parto son procesos a la vez personales y sociales, privados y públicos. Consideramos importante señalar que la atención a las mujeres gestantes se debe fundamentar en el reconocimiento de la relación entre la dimensión personal y social de la salud, reconociendo, a su vez, el papel determinante que el personal sanitario juega en el acompañamiento del embarazo y del parto.

Bibliografía

Blázquez-Rodríguez, M. (2017) Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista. In *Antropología, género, salud y atención*. M.L. Esteban, J. M. Comelles y C. Díez Montegui, eds. Pp 209-231. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2015), *Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària*.

Hogan, S. (2016) *The Birth Project: Using the Arts to Explore Birth*. Interim Report, University of Derby.

Montes-Muñoz, M. J. (2010), Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y parto. En *Antropología, género, salud y atención*. Esteban M.L., Comelles J.M., Díez-Mintegui C., eds. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Naciones Unidas (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Nueva York.

Naciones Unidas (1996), *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995, Nueva York.

Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*.

OMS (2014), *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.