

# l'atenció a la maternitat a diferents països

## **la contribució de la llevadora**



© de la present edició: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

1a edició digital: Barcelona, gener de 2016

ISBN 978-84-608-7254-2

Publicat pel Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya  
Rosselló, 229, 4t 2a – 08008 Barcelona  
Tel. 93 217 75 73 – [consell@codinf.org](mailto:consell@codinf.org)

Coordinador de l'edició: Ramon Escuriet  
Col·laboradores: Maria Llaboré, Beatriz Canalis, Inmaculada de Molina i Helena Brull  
Suport administratiu: Inma Ariete  
Assessorament lingüístic: Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut  
Disseny gràfic: Sara Pareja

l'atenció a la maternitat  
a diferents països

**la contribució de la llevadora**







presentació





L'any 2014 el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya va detectar la necessitat de donar resposta als reptes de l'especialitat de llevadoria en tots els àmbits d'actuació del sistema sanitari a fi de contribuir a la salut sexual i reproductiva de les dones i de les seves famílies a Catalunya.

Per convertir aquesta idea en realitat, el Consell va prendre la iniciativa de crear la Comissió de Llevadores, coordinada per la senyora Isabel Salgado, llevadora compromesa amb la professió i amb capacitat de lideratge per assumir aquesta responsabilitat. L'objectiu de la Comissió era reunir professionals que possessin en comú les seves experiències i realitzacions, i que treballessin per al futur amb la vista fixada en un més gran compromís amb el desenvolupament de pràctiques segures, de qualitat, centrades en la salut i la persona. Es tractava de buscar una visió i un coneixement compartits tant des de la perspectiva de la intervenció com de la recerca; igualment, es pretenia aconseguir la complicitat de tots els àmbits compromesos amb aquesta especialitat: les vocalies dels quatre col·legis professionals, l'Associació Catalana de Llevadores i la implicació d'experts en formació i ètica; a més de comptar amb l'inestimable aportació del coordinador de l'Estratègia d'atenció natural al part normal del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Fruit d'aquesta iniciativa, s'està avançant en el desenvolupament de grans projectes. Un d'aquests projectes permetrà impulsar un marc de referència per a la contribució de la llevadoria a Catalunya; al mateix temps, s'està endegant, sota la direcció del doctor Ramon Escuriet, el primer estudi multicèntric sobre l'impacte de l'actuació de les llevadores en els resultats de l'atenció al part, recerca que ha de possibilitar establir coneixement i resultats compartits, així com una metodologia que facilitarà la identificació de les millors aportacions i resultats en salut d'hospitals dels àmbits nacional i internacional. Un altre

## **la contribució de la llevadora**

projecte, ja gairebé finalitzat, permetrà actualitzar la *Guia d'assistència al part a casa*, impulsada pel Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), a fi d'incorporar les darreres recomanacions i evidències a partir dels últims resultats publicats en revisions sistemàtiques de la literatura, des de les perspectives nacional i internacional.

En el marc d'aquestes iniciatives, i gràcies al lideratge, la competència, el compromís i la participació activa del doctor Ramon Escuriet en el projecte europeu ISCH COST Action IS1405 «Building Intrapartum Research Through Health – an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological labour and birth (BIRTH)», aquest any s'ha assolit una fita important: organitzar, amb la col·laboració del COIB i del Departament de Salut, la jornada internacional Cost Birth, que va reunir més de cent investigadors de diferents disciplines. Arran d'aquesta iniciativa, la Comissió de Llevadores va organitzar al mes de maig un seminari internacional que va possibilitar debatre sobre la contribució de la llevadora a la salut maternoinfantil en els diferents països representats i que va donar lloc a la publicació que avui tinc l'honor de presentar.

De les diferents aportacions dels representants dels diversos països, en destaca la decidida actitud de les llevadores per recuperar el lloc que històricament havien ocupat en la salut reproductiva de les dones, així com el seu paper fonamental en l'èxit del naixement. Es reivindica també el part no medicalitzat, respectant, però, la legitimitat de la tria d'altres opcions, i s'entreu una certa especialització i la presència de formacions de màster. Les pràctiques avançades i la consolidació en alguns països de la possibilitat de prescriure medicaments semblen tendències de futur.

En qualsevol cas, reconforta molt observar que des de l'especialitat de llevadora hi ha un compromís sentit amb les noves necessitats de cures. No hi ha dubte que aquest treball contribuirà a l'actualització, la reflexió i, en definitiva, a la millora de la formació i la pràctica. Recordem que ens trobem davant de pràctiques professionals impregnades de compromís, basades en els valors de la professió, centrats en la doble visió humanística i científica, i que posen en relleu la importància de donar resposta, amb competència i sensibilitat, a la singularitat i als valors de les persones de qui tenim cura. Tanmateix, és



evident que d'aquesta publicació sorgiran noves inquietuds i qüestions de recerca.

L'esperit d'aquest document és difondre'n el contingut a tots els professionals de la salut, i molt especialment al col·lectiu de llevadores de Catalunya, tan interessades en el futur de la professió, tan compromeses amb la professionalitat i les bones pràctiques, sempre atentes a les necessitats de les persones, a les quals ofereixen un servei clau i fonamental, impregnat de rigor científic i humanitat.

En nom del Consell, vull donar les gràcies a totes les llevadores i llevadors que fan possible, amb la seva dedicació, la salut i benestar de les dones, dels nadons i de les famílies. També volem fer extensiu el nostre agraïment a totes les persones que formen part de la Comissió, a les senyores Lucía Alcaraz, Anabel Fernández, Margarida Franch, Maria Gasull, Gemma Martínez, Pepi Domínguez i a totes aquelles altres persones que han fet possible aquest projecte, especialment a la senyora Isabel Salgado, coordinadora de la Comissió del Consell, i al doctor Ramon Escuriet, els quals, amb el seu treball constant, han impulsat el seminari internacional i aquesta publicació amb gran entusiasme i capacitat de gestió.

**Montserrat Teixidor**

*Degana del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya  
(fins al desembre de 2015)*





pròleg





La relegació històrica de la dona en la societat s'ha manifestat també en el paper subordinat i de suport que han tingut les llevadores en alguns països. Sabem que l'atenció gestionada i dirigida per llevadores formades s'associa amb una reducció en l'ús de l'analgèsia epidural, la disminució de les episiotomies o parts instrumentals, com també d'una reducció del risc de perdre el nadó abans de les 24 setmanes de gestació. Per marcar la diferència en l'atenció a la maternitat, a més de conèixer la situació de les dones, sensibilitzar-les i fer-les participar en el seu propi procés d'atenció a la maternitat, s'hauria d'investigar sobre els serveis sanitaris.

Aquest llibre analitza la situació a Bèlgica, Xile, Irlanda, Noruega i Espanya. L'augment de la recerca sobre els serveis sanitaris contribuirà a avaluar les polítiques i propostes existents en diferents llocs. I és aquí on les universitats interessades en la recerca sobre aquest àmbit tenen un espai d'intercanvi amb els ciutadans i els professionals.

**Vicente Ortún**

*Degà i professor de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales  
de la Universitat Pompeu Fabra*

## **la contribució de la llevadora**

Els autors d'aquest informe revelen sorprenents similituds entre els sistemes d'atenció a la maternitat que descriuen. L'element comú de l'obra és el reconeixement que la caiguda de les taxes de mortalitat i morbiditat de les dones i els nounats s'ha vist acompanyada d'un augment de l'ús habitual de les intervencions tecnocràtiques en tots els països considerats. Tot i que fins a un cert punt això pot ser una relació causa-efecte, també està clar que moltes de les millores en els resultats per a les mares i els nadons de tot el món són secundaris respecte als canvis sociodemogràfics.

De fet, com gran part de la literatura d'investigació en aquesta àrea, les xifres d'aquest informe indiquen que la centralització gairebé universal del naixement en l'àmbit dels grans hospitals s'associa amb la pràctica rutinària d'intervencions durant el part, tant en les dones i els nadons amb complicacions, que necessiten aquest tipus d'intervencions, com en els que estan sans i no les necessiten. A conseqüència d'això, cada vegada és més difícil mantenir la filosofia de les llevadores que l'embaràs i el part són normals fins que es demostrï el contrari, amb el menysteniment consegüent, de nou, del valor que té l'observació experta, l'acompanyament i el suport, com han assenyalat alguns dels autors d'aquest volum. Això succeeix malgrat el fet que el «normal fins que es demostrï el contrari» té una evidència sòlida pel que fa a l'eficàcia, l'equitat, l'eficiència i l'acceptabilitat, com ho demostra la recent sèrie sobre llevadoria de *The Lancet* de 2014, i l'actualització de 2015 de la revisió de Cochrane sobre els models d'atenció continuada dirigits per llevadores. Tots dos treballs posen l'accent en la necessitat d'una atenció que adopti un enfocament integral i humanitzat que fomenti la confiança, la competència i l'autoeficàcia de les dones, les parelles, les famílies i els professionals sanitaris.

Les inquietuds i els punts de vista que es posen de manifest en aquest volum, per tant, estan en consonància plena tant amb l'evidència quantitativa com amb la qualitativa que tenim fins ara, quins són els riscos de l'atenció a la maternitat basada en l'aversion al risc i, a la inversa, què és el que funciona per donar un servei d'atenció a la maternitat que sigui òptim. Esperem que aquesta sigui la primera d'una llarga llista d'experiències que tractin sobre les maneres de treballar que tenen les llevadores de tot el món, i de com la

filosofia de les llevadores pot ser adoptada per tots els que treballen amb les dones embarassades, els nadons i les seves famílies, els atenen i els donen suport.

**Soo Downe**

*Professora de la Universitat de Central Lancashire*

*Presidenta de l'ISCH COST Action IS1405: «Building Intrapartum Research Through Health - an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological labour and birth (BIRTH)»*

Aquest seminari es va organitzar com a part de la primera trobada del seminari ISCH COST Action IS1405, que es va celebrar a Barcelona al mes de maig de 2015. L'objectiu va ser intercanviar coneixements i experiències pel que fa a la contribució de les llevadores en els diferents sistemes sanitaris. Les lliçons apreses durant el seminari seran útils per al treball que està duent a terme la Comissió de Llevadores del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya i contribuirà a construir un nou marc de desenvolupament professional per a les llevadores a Catalunya.

**Isabel Salgado**

*Coordinadora de la Comissió de Llevadores del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya*

**Ramon Escuriet**

*Vicepresident d'ISCH COST Action IS1405: «Building Intrapartum Research Through Health - an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological labour and birth (BIRTH)»*







ponències





# 1

## Les competències de les llevadores a Espanya a través dels temps

---

**Doctora Dolores Ruiz-Berdún**

*Llevadora. Facultat de Medicina. Universitat d'Alcalá de Henares*

---

### 1.1. Introducció

Ningú no dubta de l'antiguitat de l'ofici de llevadora. Cada vegada que es parla de la història de les llevadores es fa referència als seus orígens remots. Però precisament a causa d'aquesta antiguitat, resulta contradictori que a Espanya, avui en dia, s'hagin de fer campanyes de visualització a causa del desconeixement que té la població de les seves funcions.

Un dels motius d'aquest desconeixement és l'escassetat d'estudis històrics sobre la professió, una escassetat deguda tant al fet que la història de la medicina l'han escrit tradicionalment metges homes, per als quals les llevadores han estat meres auxiliars sense cap aportació a la «gran història», com al fet que fos una de les professions «a les quals pot aspirar la dona», amb la qual cosa es perd part del valor historiogràfic feminista, pel fet de no considerar-les un grup transgressor de les normes androcèntriques.

A Espanya, les llevadores van ser les primeres dones que van poder accedir a matricular-se a la universitat, però amb unes condicions especials. Aquest hauria de ser un motiu suficient per haver-los donat més importància historiogràfica. Pretenem mostrar una lleugera revisió de l'evolució de les competències de la llevadora que ens ajudi a entendre el desconeixement que es té d'aquestes professionals avui en dia. Algunes d'aquestes competències han anat desapareixent amb el pas del temps, però apareixen en textos tan antics com els diàlegs entre Sòcrates i Teetet, escrits per Plató.

## **1.2. Cures obstètriques i neonatals**

L'escassa producció escrita de les llevadores sobre la seva activitat fa que s'hagi d'estudiar mitjançant fons indirectes, o del que altres van escriure sobre l'activitat, tenint en compte que poden ser opinions esbiaixades, ja sigui per prejudicis de gènere o per interessos creats. Del que mai no ha dubtat ningú és del paper de la llevadora en l'atenció a la mare i al nadó en el procés del part.

Entre les referències a les cures immediates al nadó que havia de fer la llevadora, hi havia el bany, la cura del cordó umbilical i la rectificació de la forma del cap que recomanava Bernard de Gordon, pràctica que posteriorment va ser criticada per Josefa Amar y de Borbón.

Per estudiar com era l'assistència al part a l'edat mitjana es pot recórrer a les cartes públiques del part. Eren les mateixes parteres, amb la seva qualitat de vídues, les quals demanaven l'assistència d'un notari al part perquè certifiqués el naixement del nadó. L'objectiu era evitar problemes a l'hora de reclamar l'herència d'un fill que naixia orfe de pare, o per als propis drets de viudetat, dels quals només podien gaudir aquelles dones que havien tingut descendència. També els parts pertanyents a les famílies reals en les diferents èpoques han deixat alguna constància del treball de la llevadora.

A principis del segle XX encara era freqüent assistir el naixement al domicili de la partera. Entre les obligacions de la llevadora hi havia una visita a l'embarassada abans de la data del part per fer el diagnòstic de l'embaràs, formar-la en la higiene de l'embaràs i el puerperi, atendre el part al domicili i visitar-la diària-

ment, almenys els vuit primers dies del puerperi per comprovar la temperatura i l'estat de la mare i del nadó.

### 1.3. Cures ginecològiques, aconsellament genètic i contraceptiu

El catàleg de cures ginecològiques ofert per les llevadores al llarg del temps ha variat d'allò més: des de «recompondre virgos» per evitar l'enrenou d'una virginitat perduda abans del matrimoni fins a col·laborar en l'elecció de la parella com a aconsellament genètic ancestral, passant pel tractament de diversos trastorns relacionats amb la posició de l'úter o matriu i infeccions ginecològiques. De vegades, se les cridava per revisar els genitals d'alguna dona i esbrinar la integritat o no de l'himen, normalment per motius judicials.

Malgrat que les funcions ginecològiques van desaparèixer dels plans d'estudi, quan es va regular la seva formació, algunes llevadores van seguir tractant els «problemes de la matriu». Aquesta ocupació no va passar desapercebuda pels metges que desitjaven acaparar aquest tipus de qüestions i que les denunciaven com a intruses. Intentar evitar gestacions i provocar avortaments va ser també una tasca habitual entre les llevadores, tasca que no estava excloua de riscos, ja que des de l'antiguitat diferents lleis penaven molt durament aquestes activitats.

### 1.4. Bateig i apadrinament

Una de les funcions tradicionals de les llevadores va ser administrar el bateig d'urgència als nadons en perill de mort. Aquesta funció es considerava tan important que va estar inclosa dins dels diferents plans d'estudi de la carrera de llevadoria fins a l'any 1888, i apareix explicada detalladament en diverses obres literàries. Una altra funció de les llevadores que s'hi relaciona va ser la realització de cesàries *post mortem* a aquelles dones que morien en el transcurs del part, amb la finalitat de salvar la vida del nadó o almenys poder-lo batejar.

Les llevadores tenien, ocasionalment, més activitats relacionades amb el bateig. Si el part acabava amb èxit, els pares donaven a la llevadora el privilegi

## **la contribució de la llevadora**

de treure el nadó de casa i portar-lo a batejar, de manera que actuaven com a padrines. Una de les primeres llevadores que va estudiar al Col·legi de Cirurgia de Sant Carlos, Ramona Pascuala Enríquez, va ser la padrina el 1799 del fill de Teresa Bastante i José Alcázar.

Quan a Espanya es va iniciar l'obligació d'inscriure els nadons acabats de néixer al Registre civil, no era estrany que la mateixa llevadora que havia atès el part fos l'encarregada de fer aquest tràmit. Felipa Ortiz Martínez, llevadora del poble de Paniza, a la província de Saragossa, va inscriure el 1890 una nena anomenada Antonia Iriarte Espinosa, que, anys més tard, també va ser llevadora.

### **1.5. La funció docent**

Fins a finals del segle XVIII, època en que l'ensenyança de les llevadores espanyoles es va institucionalitzar als reials col·legis de cirurgia, eren elles les que actuaven com a docents de les seves aprenents. Aquesta transmissió de sabers empírics es feia entre dones que pertanyien a la mateixa família, que, a més de rebre formació, accedien així a les seves primeres clientes i heretaven el negoci familiar. Malgrat que la intervenció de metges i cirurgians va interrompre a Espanya el procés de transmissió de sabers sobre el part de dona a dona, hi ha nombrosos documents d'arxiu que demostren que la transmissió matrilineal entre dones d'una mateixa família es va seguir produint al llarg de la història.

Els intents de ser docents dins de la mateixa professió van ser sistemàticament rebutjats, com li va succeir a María Iribarren el 1875 quan va proposar ser nomenada professora de llevadores, malgrat que no hi havia cap metge que volgués ocupar el lloc. Exceptuant algun cas a causa de circumstàncies polítiques, les llevadores no podien ser professores de les futures alumnes, fins i tot aquests intents es van titllar d'intrusisme.

### **1.6. La llevadora com a auxiliar del metge**

La desaparició de la praxi independent de les llevadores va ser un procés lent però inexorable. La campanya de desprestigi contra la figura de la llevadora

es va iniciar ben aviat, ja des de principis del segle XIII. Aquest assetjament no només va perdurar, sinó que es va intensificar durant els segles següents. Al Reglament per a l'ensenyança de practicants i llevadores del 1861, hi apareix consolidada la funció auxiliar del facultatiu en els parts distòcics: «Sin embargo, como meros auxiliares de los facultativos, podrán continuar asistiendo a las embarazadas, parturientes y paridas».

A finals del segle XIX estava acceptat que la llevadora treballés de manera autònoma als pobles, i que substituís així les «comadres rutinaias» que hi exercien. Però a les ciutats eren els metges els encarregats d'atendre els parts i les llevadores passaven a ser auxiliars dels metges.

Als anys trenta del segle XX, es dóna per finalitzat aquest procés. Les llevadores d'aquesta època, si bé seguien intentant defensar i fer créixer les seves atribucions, tenien interioritzada aquesta subordinació i fins i tot es disputaven amb els practicants «ser l'únic auxiliar del metge».

## 1.7. Conclusions

Moltes de les funcions que hem analitzat es van anar deixant de fer gradualment. Els motius s'han de buscar, d'una banda, en l'interès creixent dels homes metges per encarregar-se de la salut sexual i reproductiva de les dones i, de l'altra, en el confinament progressiu de les llevadores en institucions tancades. A poc a poc les llevadores lluitem per recuperar un lloc a la història i dins de la salut reproductiva de la dona que mai havíem d'haver perdut.

## Referències

- Medina A. Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear. Madrid: En casa de Antonio Sanz; 1785 [1750].
- Roldán D. Las matronas reclaman más competencias a sanidad. Sur (29 maig 2015).
- Ortiz T. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. Dynamis, Acta Hisp Med Sci Hist Illus. 1996;16:109-20.

## la contribució de la llevadora

- Usandizaga M. Historia de la obstetricia y de la ginecología en España. Madrid: Editorial Labor; 1944.
- Rich A. Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución. Tradució de: Of woman borne. New York: Norton; 1976. Madrid: Cátedra; 1996.
- García AC, García MJ, Valle JI. La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Híades*. 1996-1997;3-4:61-82.
- Platón. La República, el banquete y otros diálogos escogidos. Quito: Libresa; 1991.
- Anglico B. De proprietatibus rerum. Toledo: Gaspar de Avila; 1529.
- Gordon, Bernard de. Obras de Bernardo de Gordonio, ... en que se contienen los siete libros de la práctica, ò Lilio de la Medicina. Madrid: Antonio González de Reyes; 1697.
- Amar, Josepha. Discurso sobre la educacion fisica y moral de las mugeres. Madrid: Imprenta de D. Benito Cano; 1790.
- García MC. Administrar del parto y recibir la criatura: aportación al estudio de obstetricia bajomedieval. *Aragón en la Edad Media*. 1989;8:283-92.
- Susarte F. Bodas y partos de las reinas de España. Alicante: Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert. Diputación Provincial de Alicante; 2000.
- López A. Las coplas de las comadres de Rodrigo de Reinosa. Reinosa: Ayuntamiento de Reinosa; 1997.
- Intruso con faldas. *La Iberia* (13 gener 1857):3.
- Cangiamila F. Embriología Sagrada ó Tratado de la obligacion que tienen los curas, confesores, médicos ... de cooperar a la salvación de los niños que aún no han nacido ... Madrid: Imprenta de Pantaleón Aznar 9; 1785.
- Fuero Juzgo 'en latín y castellano, cotejado con los más antiguos y preciosos códices', edición facsímil. Madrid: Real Academia Española; 1971 [1815].
- Carmona-González I, Saiz-Puente MS. El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. *Matronas Prof*. 2009;10(4):14-19.
- García MJ, García AC, Valle JI. La administración del bautismo de urgencia: una función tradicional de las matronas. *Matronas Hoy*. 1994;4:47-53.
- Navas, Juan de. Elementos del arte de partear. Madrid: Imprenta Real; 1795.
- Cangiamila F. Lo que deben enseñar los curas a las comadres. A: Embriología Sagrada. Madrid: Imprenta de Pantaleón Aznar; 1785.
- Uriz, JJ. Carta pastoral. Prevenciones para el ejercicio de la cura práctica espiritual. Pamplona: Imprenta de Francisco Erasun y Rada; 1827.
- Fernández M. Parroquia madrileña de San Sebastián. Madrid: Caparrós; 1995.
- Expediente de título de matrona de Antonia Iriarte. AGA (05) 32/14392.



- Ruiz-Berdún D. La primera enseñanza de las matronas en España: el Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid. *Llull* 2013;36(78):387-410.
- Ortiz T. From hegemony to subordination: midwives in early modern Spain. A: Marland H, editor. *The art of midwifery: early modern midwives in Europe*. London: Routledge; 1994. p. 95-114.
- Ruiz-Berdún D. Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la Guerra Civil [tesis]. Universidad de Alcalá: Alcalá de Henares; 2012.
- Libro de dictámenes del Pleno del Consejo de Instrucción Pública, del 16 de julio de 1874 al 30 de abril de 1875: AGA, (05) Libro TOP. 90 32/00.103.
- Fernández E. Tres testimonios de control y desplazamiento de las comadronas en España (siglos XIII al XVII). *Rev Can Estud Hisp.*2007; 32(1):89-104.
- Libro de dictámenes del Pleno del Consejo de Instrucción Pública, del 16 de julio de 1874 al 30 de abril de 1875: AGA, (05) Libro TOP. 90 32/00.103.
- Biencinto Á. La matrona en su vida de relación. *El Sol* (5 octubre 1930):6.

# 2

## La situació actual de la llevadora a Espanya

---

**Doctora Fátima León-Larios**

*Llevadora. Facultat d'Infermeria, Fisioteràpia i Podologia.  
Universitat de Sevilla*

---

### 2.1. Introducció

La situació actual de la llevadora a Espanya passa per moments convulsos, moments en què les competències ja clàssiques associades al part passen a un nivell inferior de reivindicació dins de la comunitat professional, i es comencen a valorar d'altres que no s'havien posat en relleu en les darreres dècades.

Fruit d'aquestes reivindicacions competencials, sorgeix la «marea rosa» a Espanya, liderada per llevadores joves i d'altres de no tan joves, que surten al carrer a fer visible les tasques professional i social que desenvolupen. Aquests moviments populars coincideixen en un moment social de reivindicació i qüestionament motivat per la crisi econòmica que pateix Europa. La falta d'oportunitats laborals per a les llevadores més joves ha despertat la consciència col·lectiva per reclamar una presència més gran de les professionals de la infermeria obstetricoginecològica en la salut sexual i reproductiva de les dones en àmbits que fins ara no havien estat coberts per elles.

La llevadora és un professional sanitari que, amb una actitud científica responsable, i utilitzant els mitjans clínics i tecnològics adequats de la ciència en cada moment, proporciona atenció integral a la salut sexual, reproductiva i materna de la dona en les facetes preventiva, de promoció i d'atenció i recuperació de la salut, incloent-hi així mateix l'atenció a la mare en el diagnòstic, el control i l'atenció a l'embaràs, el part i el puerperi normals i l'atenció al nadó sa, fins al vint-i-vuitè dia de vida. L'àmbit en el qual desenvolupa totes aquestes activitats és bàsicament l'atenció primària (incloent-hi centres de salut, comunitat, família i domicili) i l'especialitzada (incloent-hi hospitals i altres dispositius que en depenen). A més, poden exercir la professió tant en l'àmbit privat com públic, tant per compte aliè com per compte propi. I és en aquesta línia en què es basen les reclamacions fetes per retornar a la llevadora l'ampli camp d'actuació que la caracteritza.

## **2.2. La formació de les llevadores a Espanya**

La formació de les llevadores a Espanya està basada en l'evidència científica i en els avenços tecnològics i científics dels sistemes sanitaris. Entre els models formatius que preveu l'article 40 de la Directiva 2005/36/CE de formació directa o formació especialitzada de postgrau, Espanya va optar el 1992 per una formació en llevadoria que s'acredités mitjançant un títol oficial d'especialista, el qual requereix haver obtingut prèviament els estudis de diplomatur/graduat universitari en infermeria. Posteriorment, s'ha de cursar un programa d'especialitat d'infermeria obstetricoginecològica (llevadoria) pel sistema de residència i haver estat avaluat positivament. Aquest sistema de residència ha demostrat que és un procediment adequat perquè les llevadores, durant el període formatiu, adquireixin les competències necessàries per fer les tasques tant en l'àmbit de l'atenció primària com de l'especialitzada, mitjançant la realització d'activitats docents i assistencials estretament lligades a la pràctica assistencial dels centres on desenvolupen el període formatiu.

El programa formatiu actual de les llevadores a Espanya es fa a les unitats docents multiprofessionals d'obstetrícia i ginecologia, acreditades per a la formació de llevadores que compleixen els requisits aprovats per a aquesta finalitat, durant un període de dos anys a temps complet incloent-hi, tal com preveu

l'article 54.1 b) del Reial decret 1837/2008, de 8 de novembre, una dedicació mínima de 3.600 hores.

### **2.3. Recursos humans de llevadores**

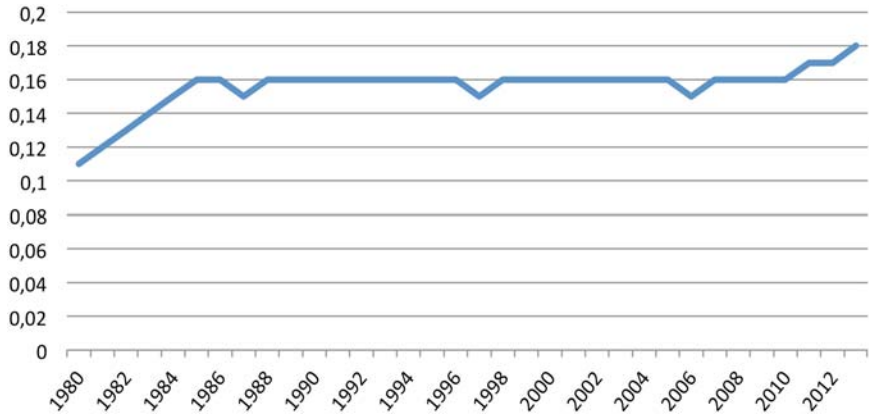
Segons l'*Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería: oferta-necesidad 2010-2025*, publicat el 2013, les projeccions estimaven que el 2015 hi hauria 7.204 infermeres obstetricoginecològiques (31 per cada 100.000 dones), el 2020 amb 8.200 (835 per cada 100.000 dones) i el 2025 amb 9.300 (38,66 per cada 100.000 dones). Malgrat tot, les dades actuals descriuen que són 24,2, quan la mitjana actual en els països de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE) se situa en 69,8.

D'altra banda, i pel que fa a l'evolució del nombre de llevadores al llarg dels anys, comprovem que a Espanya hi ha hagut un estancament notable els darrers vint anys. Des de l'any 1988 són 0,16 les llevadores per cada 1000 habitants. Les dades més actuals corresponen al 2013, hi ha 0,18 llevadores per cada 1.000 habitants, tal com observem a la figura 2.1.

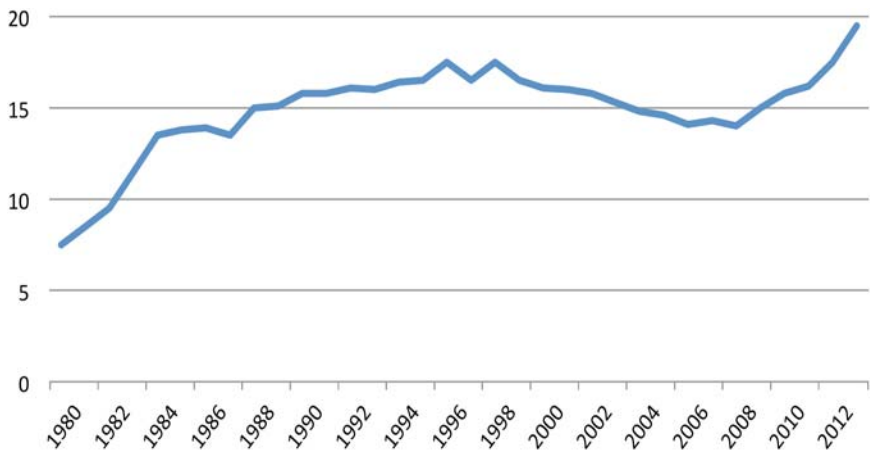
Segons dades ofertes per l'OCDE, el nombre total de llevadores en actiu el 2013 a Espanya és de 8.297 (sistema públic i privat), de la qual cosa en resulta una ràtio de 18 llevadores per cada 100.000 habitants i 19,55 llevadores per cada 1.000 naixements, tal com es pot observar a la figura 2.2. Si comparem Espanya amb altres països, observem a la gràfica 3 que es troba bastant per sota de la mitjana de l'OCDE per al 2009, i només supera Eslovènia i Corea en el nombre de llevadores per cada 1.000 naixements.

En l'àmbit de les comunitats autònomes, a Espanya també hi ha notables diferències quant a la ràtio de llevadores per cada 100.000 dones, la qual cosa oscil·la entre Cantàbria, que té la ràtio més alta, i Astúries, Madrid i Andalusia, que tenen la més baixa.

La pràctica de la llevadoria a Espanya està fortament feminitzada, i supera el 92,6% de dones a la professió, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística d'Espanya, fet que no es correspon amb la presència masculina en l'àrea

**Figura 2.1.** Evolució del nombre de llevadores per cada 1.000 habitants a Espanya

Font: OCDE, 2015.

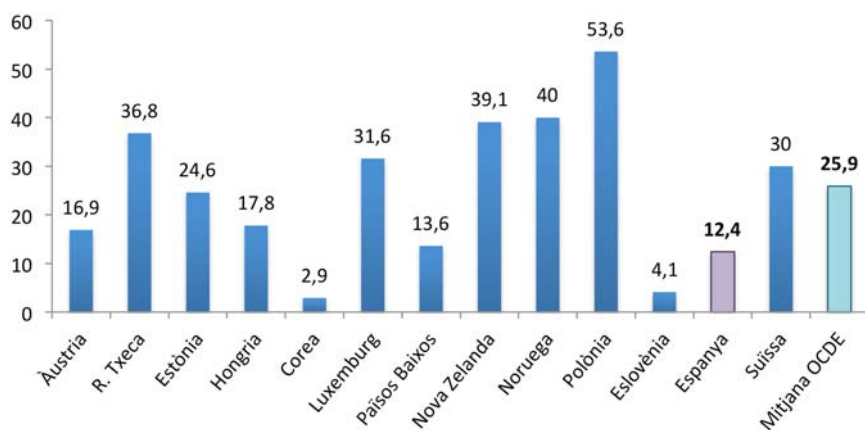
**Figura 2.2.** Evolució de llevadores en actiu per 1.000 naixements a Espanya

Font: OCDE, 2015.

**la contribució de la llevadora**

de la gestió sanitària. En aquest àmbit, encara hi manca desenvolupament i més presència de llevadores dones que exerceixen la professió.

**Figura 2.3.** Llevadores per 1.000 naixements en els països de l'OCDE, 2009



Font: OCDE, 2015.

Respecte a l'àmbit de la docència i la investigació, els darrers anys estem presenciant un increment de la recerca dirigida per llevadores. Fins fa pocs anys, per optar a fer un doctorat a Espanya era necessari cursar estudis universitaris superiors de llicenciatura que conduïssin als estudis de tercer cicle. Cada vegada és més gran el nombre de llevadores que obtenen el màxim reconeixement acadèmic amb el grau de doctor per diferents universitats espanyoles, cosa afavorida en part per la possibilitat d'incorporació de programes de doctorat que preveu el Reial decret 99/2011, de 28 de gener, pel qual es regulen les ensenyances oficials de doctorat, el qual permet l'accés al doctorat a aquells professionals amb títol de llevadoria.

## 2.4. Conclusions

Com a conclusió, podem remarcar l'eclosió professional que està experimentant actualment la llevadora a Espanya a remolc d'un àmbit disciplinari més ampli i divers allunyat de la relegació a embaràs, part i postpart que s'ha atribuït a la figura d'aquest professional.

## Referències

- Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD Health Data 2015 [citat 3 Set 2015].
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). Boletín Oficial del Estado. 2009;(129): 44697-729.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025 [Internet]. [Madrid]: MSPSI; 2013 [citat 3 Set 2015].
- Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Prof.* 2014; 15(2):62-70.
- Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado. 2011;(35):13909-26.
- Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2015 [citat 3 Set 2015].
- Marea rosa en el Congreso de Matronas de Bilbao para reclamar más profesionales [Internet]. *leR-Información en Red* (24 Oct 2014) [citat 3 Set 2015].

# 3

## La formació de la llevadora i la seva contribució en l'atenció a la maternitat a Xile

---

**Gonzalo Leiva-Rojas**

*Llevador. Professor assistent. Universitat de Santiago de Chile*

---

### 3.1. Introducció

La formació de llevadores a Xile es va iniciar el 16 de juliol de 1834 amb la inauguració del Col·legi d'Obstetrícia, l'objectiu del qual era professionalitzar l'atenció al naixement, fins aleshores a càrrec de parteres empíriques, per reduir les taxes de mortalitat materna, les causes principals de la qual eren les hemorràgies postpart i les infeccions puerperals. Dos anys més tard, el 1836 es va lliurar el títol a la primera promoció de 16 llevadores. A l'inici, la formació només s'adreçava a dones; de fet, el primer registre d'un home data del Cens de 1920.

Han passat 181 anys, i actualment hi ha 21 escoles formadores de llevadores en tot el país. L'obstetrícia és una carrera universitària de cinc anys de durada, s'obté el grau acadèmic de llicenciatura i el títol professional de llevadora. Actualment, és una de les professions amb la taxa d'ocupació més alta del



país, la qual ha arribat al 97% a l'any de la graduació. Hi ha més de deu mil llevadores al país, i es concentren a raó de 52,9 professionals/100.000 dones, per sota de la mitjana de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), que és de 69.8/100000 dones.

### **3.2. Competències de les llevadores**

Les funcions clíniques de la llevadora estan presents en els tres àmbits: en l'àmbit primari, fa el control prenatal, l'aconsellament contraceptiu, la indicació d'anticoncepció (planificació familiar), el seguiment del climateri, les ecografies i l'educació sexual a les escoles, etc.; en l'àmbit secundari, assumeix funcions clíniques com ara controls ecogràfics, i administratius, coordinant els centres policlínics de medicina maternofetal, les infeccions de transmissió sexual i ginecologia; i, finalment, en l'àmbit terciari assisteix naixements, treballa amb pacients ingressades a les unitats de gestants de risc, ginecologia, puerperi i neonatologia.

En l'àmbit administratiu, les llevadores ocupen càrrecs de diferent responsabilitat, des de dirigir un hospital i/o centre de salut familiar (àmbit primari) fins a tasques d'auditoria en asseguradores privades i públiques. Finalment, la llevadora també es dedica a la recerca i la docència de pregrau i postgrau en universitats públiques i privades i instituts professionals.

### **3.3. Situació actual a Xile**

Xile és un país de 17,8 milions d'habitants ubicat a l'extrem sud del continent americà. Qualificat com un país d'alts ingressos amb un PIB per càpita de 21.590 USD, malgrat que pateix alts nivells de desigualtat. De fet, ocupa el primer lloc en desigualtat d'ingressos entre els països que conformen l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), i l'ingrés del 10% de la població més rica és 26 vegades més alt que el 10% més pobre.

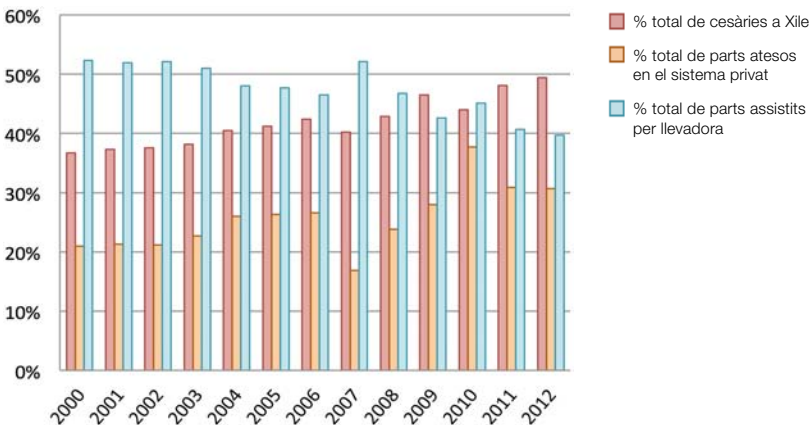
Els indicadors epidemiològics sobre maternitat indiquen que hi ha una taxa de fecunditat d'1,82 fills per dona en edat reproductiva, fet que no permet el re-

**la contribució de la llevadora**

canvi poblacional. L'atenció professional al part, ja a la dècada dels noranta va arribar al 99%, i la taxa de mortalitat materna en el període 2000-2013 va ser la més baixa del continent americà per darrere de Canadà i Uruguai; actualment, és de 18 per cada 100.000 nascuts vius. La lactància materna exclusiva al sisè mes va assolir un 56% d'acord amb la darrera Enquesta nacional de lactància.

Malgrat la millora de la majoria d'indicadors de salut maternoperinatal, a Xile hi ha una situació que ha costat gestionar en relació amb l'excessiva medicalització del naixement. Actualment, un 50% dels xilens neixen per cesària, fet que ens posiciona com un dels països amb més cesàries del món i, d'altra banda, més del 90% de les dones són intervingudes en el treball de part amb la ruptura artificial de membranes, oxitocina sintètica i anestèsia peridural. Aquesta situació ha estat paral·lela al descens de l'assistència al naixement per part de les llevadores (a l'inici de la dècada del 2000 era un 52% del total dels parts). Actualment, aquesta xifra arriba al 39% a conseqüència de l'augment dels naixements al sistema privat de salut en què els parts són atesos per metges i les xifres de cesàries superen el 70% (figura 3.1).

**Figura 3.1.** Distribució de parts per cesària, parts en el sistema privat i parts assistits per llevadores a Xile



Malgrat que a l'inici de 2007 es va iniciar al Sistema nacional de protecció a la primera infància, el programa «Xile creix amb tu», que promou, entre d'altres, el part personalitzat i l'acompanyament continu, la implementació ha estat molt lluny de ser la que s'esperava. En aquest escenari, el Col·legi de Llevadores i Llevadors de Xile, en la declaració final del Congrés Nacional de 2014, va afirmar «comprometre's a la reducció de tot tipus de violència cap a la dona, especialment l'obstètrica, assumint el respecte pels temps fisiològics del part, la no-medicalització de manera innecessària i vetllar per l'acompanyament continu».

### 3.4. Conclusions

Si bé la contribució de la llevadora a la reducció de la mortalitat materna i l'accés a les prestacions de salut sexual i reproductiva és reconeguda en l'àmbit nacional per a tots els actors de la societat, és important identificar els desafiaments actuals que se li presenten a la llevadoria i entendre la satisfacció de la usuària i la promoció del part normal com una prioritat.

### Referències

- Lattus J, Sanhueza M. La matrona y la obstetricia en Chile: una reseña histórica. Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2007;2(3):271-6.
- Zarate M. Dar a luz en Chile s. XIX: de la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica. Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2007.
- Mi Futuro [Internet]. Chile: Ministerio de Educación [citad 30 Ago 2015]
- Ministerio de Salud. Panorama de salud 2011: informe sobre Chile y comparación con países miembros [Internet]. Chile: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile; 2011 [citad 30 Ago 2015].
- Health Care Resources [Internet]. Paris: OECD. c2015- [citad 30 Ago 2015]
- Income inequality. [Internet]. Paris: OECD. c2015- [citad 10 Sep 2015].
- World Health Organization. World Health Statistics 2014. Geneva: WHO Library; 2014.
- Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. Midwifery. 2013;(29):1151-7.

# 4

## Atenció a la maternitat i ser llevadora a Noruega

---

### **Doctora Tine Eri**

*Llevadora. Màster del Programa de Llevadora. Facultat de Ciències Aplicades de la Universitat d'Oslo i Akershus, Oslo, Noruega*

---

### **4.1. Noruega és un lloc segur per donar a llum**

Noruega està situada al nord d'Europa. Té una superfície total de 385.252 km<sup>2</sup>, 5,1 milions d'habitants i una densitat de població de 15,5/km<sup>2</sup>. El nombre de naixements a 2014 va ser de 59.979 i disposava de 47 maternitats.

Noruega és un bon lloc per néixer, i també un lloc segur. Tenim accés a una atenció sanitària gratuïta durant l'embaràs i el part; disposem d'atenció sanitària i de programes de vacunació ben organitzats, també gratuïts, per als infants; els pares i les mares poden gaudir d'una baixa per maternitat que els permet tenir cura del nou fill. És també un dels països més saludables del món —amb accés a aigua neta i a bons habitatges—. Tothom té l'oportunitat de tenir una educació, i tothom té drets: les dones, els nens i els empresaris.

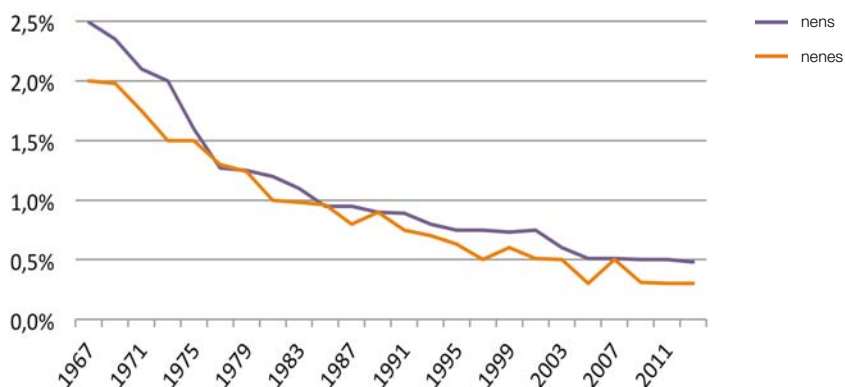
La taxa de mortalitat materna (nombre de dones que moren durant l'embaràs i el part i fins als 42 dies després del naixement o l'avortament per cada

100.000 nens nascuts vius en un any) a Noruega és de 7 per cada 100.000 naixements.

Això és prop de quatre dones cada any a Noruega —la majoria de les llevadores mai ha tingut l'experiència de la mort de la mare— una proporció molt baixa si es compara amb la taxa mundial, que és de 210 per cada 100.000 (interval 3-1.100). A Noruega, la taxa de mortalitat perinatal (el nombre de nascuts morts i morts els primers set dies de vida dels nadons que per cada 1.000 nascuts vius en un any determinat) és de 4,9 per cada 1.000 nascuts vius, i ha estat pràcticament estable els últims deu anys, mentre que la taxa mundial és de 23 (interval 2-45).

No sempre ha estat així. En les darreres dècades, s'ha observat una disminució important en la taxa de mortalitat perinatal. El 1967 la taxa va ser superior al 2,0, i el 2013, vam veure la mortalitat més baixa mai registrada (4,9 nadons per cada 1.000 naixements). De fet, ara és tan baixa que serà difícil reduir-la. Aquesta reducció es podria relacionar amb aspectes de millora socio-sanitaris.

**Figura 4.1.** Taxa de mortalitat perinatal (per 100 naixements)



Font: Medical Birth Registry of Norway 2015.

## 4.2. Organització de l'atenció a la maternitat

L'atenció prenatal és gratuïta i és fàcil per a les dones accedir-hi. Aquesta atenció inclou una ecografia; algunes dones accedeixen a consultes privades per disposar d'altres serveis, com ara més ecografies. No obstant això, no hi ha institucions privades per al part, ja que totes les maternitats en aquest sentit estan a càrrec de les autoritats de salut i són finançades a través del sistema d'impostos. En aquestes maternitats, les dones no han de pagar pel menjar ni per cap altra cosa durant l'estada. En alguns centres, la parella pot estar-se amb la mare en una habitació després del naixement del seu fill pagant l'estada.

El part a casa n'és una excepció. Les dones han de pagar a les llevadores entre 450 i 700 euros, i poden sol·licitar a les autoritats sanitàries que els retornin 200 euros després del naixement.

## 4.3. El principi de diferenciació en l'atenció a la maternitat

Tenim establert un principi de diferenciació en l'atenció a la maternitat. Aquesta decisió la va prendre el Parlament l'any 2001, i novament, el 2009. L'objectiu és oferir a les dones una atenció individualitzada i adequada que eviti les intervencions mèdiques que han demostrat poc benefici en els parts de baix risc.

L'atenció a la maternitat està organitzada en tres àmbits:

- **Unitats obstètriques grans:** departaments d'obstetrícia i ginecologia, que generalment atenen més de 1.500 naixements l'any, que presten tots els serveis d'atenció al part, amb una unitat de cures intensives neonatals.
- **Unitats obstètriques:** situades generalment en hospitals locals, que solen atendre un mínim de 400 parts a l'any, amb obstetres i anestesiòlegs de guàrdia.
- **Unitats de maternitat independents:** en general, solen atendre almenys 40 parts a l'any en el cas de dones sanes amb una previsió de part normal i també presten atenció prenatal i puerperal a les dones de l'entorn, encara que donin a llum a l'hospital. Aquestes unitats estan ubicades generalment a les zones rurals, que estan situades almenys a una hora de transport respecte de l'hospital més proper.

També hi ha diferenciació i selecció dins de les unitats obstètriques en funció dels nivells de risc. Cinc hospitals amb grans unitats obstètriques tenen, al mateix hospital, juntament amb les unitats obstètriques, unitats obstètriques dirigides per llevadores per atendre dones amb baix risc. Tots cinc estan situats a la zona sud de Noruega, que és, amb escreix, la zona més poblada. Les dones amb baix risc poden optar per donar a llum en les unitats obstètriques generals, o bé en les unitats obstètriques dirigides per llevadores. Entre el 7 i el 30% de les dones donen a llum en aquestes unitats. A les unitats obstètriques que atenen poblacions mixtes (gestants amb baix risc i amb alt risc), en arribar a l'hospital se seleccionen les dones per colors: verd per a les de baix risc i vermell per a les d'alt risc. Les dones amb baix risc només reben l'atenció prestada per llevadores.

Els parts a casa no estan organitzats per les autoritats sanitàries i, per tant, no són integrants del sistema. És la mateixa dona qui ha de trobar una llevadora independent disposada a assistir-la en el naixement. Les autoritats sanitàries del país han elaborat unes guies perquè les dones puguin planificar un part a casa, cosa que demostra que accepten els parts a casa i els reconeixen.

#### **4.4. A Noruega, on donen a llum les dones?**

El 2013 el 99,2% dels naixements va tenir lloc dins de les diferents unitats descrites anteriorment, i el 0,8% van ser parts a casa planificats o no planificats. La meitat de les dones donen a llum en sis grans hospitals en la part sud de Noruega, tots amb més de 3.000 naixements per any. Cinc d'aquests centres tenen al costat unitats obstètriques dirigides per llevadores. A més, hi ha set cases de naixements, no vinculades a hospitals, dirigides per llevadores i que el 2014 van assistir el part d'un total de 452 dones.

#### **4.5. La llevadoria a Noruega**

La llevadoria és una professió autònoma i està protegida. Hi ha aproximadament 2.700 llevadores que la practiquen. La formació és de màster, un programa de dos anys per a infermeres graduades.

#### 4.5.1. Àrees d'activitat professional

##### ***Atenció prenatal***

- Les llevadores estan autoritzades per portar el control de l'embaràs de les gestants.
- Les gestants poden escollir si volen visitar-se amb una llevadora, un metge especialista («metge de família») o una combinació de tots dos en l'atenció prenatal, però actualment hi ha molt poques llevadores per satisfer aquesta opció.
- Les gestants considerades amb alt risc poden ser ateses per obstetres i llevadores.

##### ***Atenció durant el part i el puerperi***

- Les gestants amb baix risc són ateses per una llevadora en totes les unitats.
- Les llevadores assisteixen tots els naixements. A les unitats obstètriques dirigides per llevadores i a les cases de naixements independents, les llevadores són les responsables de l'atenció.
- En les unitats obstètriques, les llevadores treballen conjuntament amb els obstetres en l'atenció a les dones amb alt risc.

##### ***Llevadores independents***

- Els hospitals públics o el municipi donen feina a la majoria de les llevadores. Tot i això, n'hi ha que treballen per compte propi i tenen contractes particulars amb les autoritats sanitàries que els permeten reclamar la devolució dels diners pels serveis prestats. D'altres treballen per compte propi en atenció prenatal, parts a casa i centres de planificació familiar.

#### 4.6. Els reptes actuals de Noruega

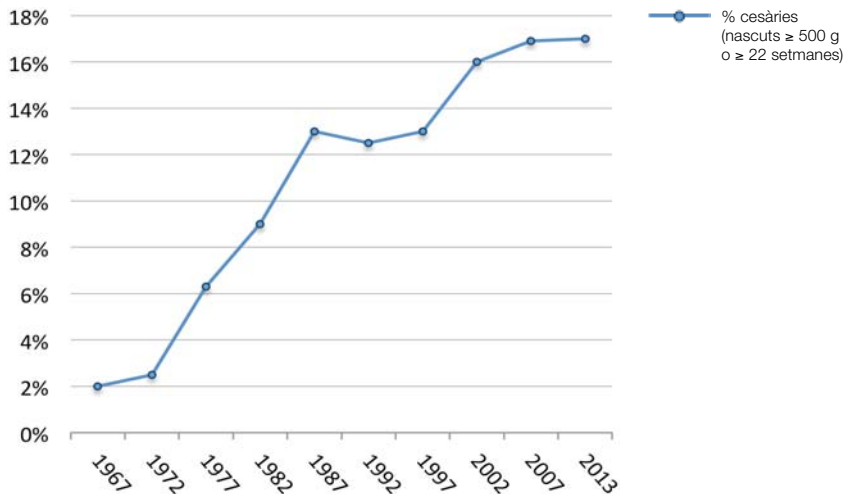
Tot i que Noruega sens dubte és un bon país —i un país segur— per donar a llum, també ens enfrontem a diversos reptes. Per a les dones, i per a la llevadoria, l'augment de les taxes d'intervenció són un desafiament. La medicalització i l'augment de les intervencions fan que cada vegada menys dones



siguin ateses només per una llevadora. A Noruega, veiem que les llevadores, que històricament havien tingut una posició sòlida, sobretot a les sales de parts, tenen menys força a causa de la influència creixent dels metges, i pel fet que moltes dones donen a llum a les grans unitats. A continuació, s'exposen dades en relació amb les taxes de cesàries i d'epidurals com a exemples de l'augment de les taxes d'intervenció.

En el període 2014-2015, a Noruega, la taxa de cesàries va ser del 16,5%, la qual varia entre l'11% i el 25% en diferents centres.

**Figura 4.2.** Percentatge de cesàries (nascuts  $\geq 500$  g o  $\geq 22$  setmanes)

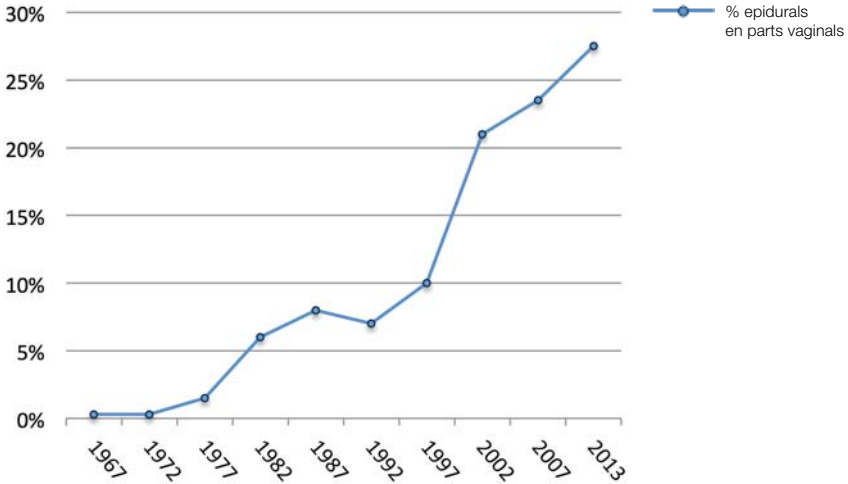


Font: Medical Birth Registry of Norway 2015.

La taxa d'epidurals també està augmentant ràpidament; en el període 2014-2015, la taxa va ser del 34,5%, la qual varia entre l'11,5% i el 47% en diferents centres.

## la contribució de la llevadora

Figura 4.3. Percentatge d'epidurals en parts vaginals



Font: Medical Birth Registry of Norway 2015.

Com que la majoria de les dones donen a llum en centres que disposen d'epidural, moltes dones opten per aquesta opció. Tenim una legislació que estableix que un pacient té dret a escollir el tractament. Moltes dones senten que és el seu dret legal tenir accés a l'epidural, i últimament he parlat amb llevadores que senten el mateix. Si una dona demana l'epidural, hi tindrà accés sense assessorament professional o sense preguntar-se si és el millor per a la dona i el seu treball de part.

### 4.7. Conclusió

La conclusió és que el part medicalitzat és una amenaça per a les dones i la professió de llevadora.

# 5

## Els serveis de maternitat i com arribar a ser llevadora a Irlanda

---

**Doctora Deirdre Daly**

*Llevadora. Escola d'Infermeria i Llevadora de la Universitat  
de Dublín Trinity College, Irlanda*

---

### 5.1. Introducció

En aquest capítol s'ofereix una visió general del que és ser llevadora a Irlanda i del que s'ha de fer per accedir a aquesta professió. També s'inclou un resum dels serveis de maternitat del país, així com les dades nacionals sobre els resultats del part. Finalment, es proporciona informació específica de dues unitats d'atenció a la maternitat dirigides per llevadores.

### 5.2. L'atenció de la maternitat a Irlanda

L'atenció a la maternitat és gratuïta per a totes les dones, independentment dels seus ingressos, fins a les sis setmanes després del part. El sistema d'atenció a la maternitat ofereix les següents opcions d'atenció:

## la contribució de la llevadora

### 5.2.1. Atenció sanitària pública

(gratuïta per a totes les dones, independentment dels ingressos)

- Atenció hospitalària exclusiva.
- Atenció compartida: atenció del metge de capçalera de la dona i metge o llevadora de l'hospital.
- Atenció obstètrica en unitats específiques per a dones amb problemes de salut subjacents.
- Unitats obstètriques dirigides per llevadores: per a dones que, en el moment d'ingressar, no tenen factors de risc mèdics o obstètrics identificables. Aquestes opcions poden incloure l'atenció compartida amb el metge de capçalera de la dona. Aquestes unitats poden estar a la maternitat (hospital) o en àrees d'atenció primària o comunitària.
- Servei de llevadores comunitari: ofert per alguns hospitals, però no tots, que inclou l'atenció prenatal i puerperal a casa, a càrrec de llevadores.

### 5.2.2. Atenció sanitària privada

Encara que no hi ha maternitats privades a Irlanda, les dones poden optar per:

- Ser ateses per un obstetre privat. Amb aquesta opció les dones fan el control d'embaràs amb un obstetre que, en la majoria de les circumstàncies, podrà assistir el naixement. L'assegurança sanitària privada cobreix l'estada puerperal en una maternitat (hospital), i les dones paguen l'obstetre directament.
- Ser ateses per una llevadora que assisteix parts a casa. Algunes maternitats (hospitals) tenen programes d'atenció al part ben consolidats i ofereixen parts a casa juntament amb altres opcions d'atenció, però en general n'hi ha pocs. El Servei Executiu de la Salut (HSE), el servei de salut d'Irlanda, té establert un sistema de pagament per a les dones que escullen tenir un part a casa amb una llevadora comunitària que treballa per compte propi (SECM). Per beneficiar-se d'un servei de part a casa, les dones i les llevadores han de complir uns criteris determinats.

### 5.3. Els serveis de maternitat a Irlanda

Hi havia un total de 20 maternitats (hospitals) a la República d'Irlanda (hi havia un hospital privat que van tancar al gener de 2014). La taula 5.1 presenta la distribució dels naixements segons la dimensió de la maternitat.

**Taula 5.1.** Distribució dels parts segons la grandària de la maternitat (hospital o unitat)

Nombre de parts	Nombre de maternitats (hospitals i unitats) (n)	Total de parts (n)	Percentatge de parts (%)
1.000-1.999	10	16.680	24,1
2.000-2.999	3	6.714	9,7
3.000-3.999	2	6.787	9,8
4.000-4.999	1	4.621	6,7
8.000 i més	4	34.303	49,6

Font: Healthcare Pricing Office (HPO), Health Service Executive (HSE). Perinatal Statistics Report, 2013.

Hi ha dues unitats dirigides per llevadores (*midwife-led units*, MLU) a Irlanda, que es van fundar com a part d'un assaig aleatoritzat en unitats dirigides per metges especialistes (*consultant-led units*, CLU) en contraposició a l'atenció dirigida per llevadores per a les dones amb baix risc obstètric. Més avall es detalla la creació d'aquestes unitats i dels resultats en relació amb el part.

### 5.4. Unitats dirigides per llevadores

L'any 2004, a partir d'un estudi multicèntric aleatoritzat en dos grups pragmàtics, es va fer una avaluació de l'eficàcia de les unitats dirigides per llevadores. Per això, se'n van crear dues dins de dos hospitals de maternitat a manera de llocs d'estudi.

## la contribució de la llevadora

La mostra d'estudi estava formada per dones d'edats compreses entre 16 i 40 anys, sanes, sense factors de risc per al part i amb més de 24 setmanes de gestació. El grup experimental va rebre l'atenció obstètrica en una unitat dirigida per llevadores i el grup de control va rebre l'atenció estàndard en una unitat dirigida per metges especialistes.

Els resultats d'aquest estudi van demostrar que les unitats dirigides per llevadores eren tan segures com les unitats dirigides per metges especialistes, s'hi produïen menys intervencions, les dones n'estaven més satisfetes i resultaven més rendibles.

Aquestes dues MLU continuen prestant atenció obstètrica dirigida per llevadores a les dones sanes amb baix risc, però, malgrat els resultats i les recomanacions, des d'aleshores no s'han creat més unitats d'aquest tipus.

### 5.5. Atenció puerperal

Com s'ha esmentat, més de la meitat de les dones fan una estada de dos dies o menys a l'hospital després del part. Els serveis d'atenció de les llevadores comunitàries varien considerablement en tot Irlanda. Per això, algunes maternitats (hospitals) tenen equips especialitzats de llevadores comunitàries que presten atenció puerperal a la comunitat; normalment, fins a cinc dies després del part. No obstant això, principalment, l'atenció puerperal comunitària és prestada per infermeres de salut pública, les quals, fins al 2005, havien de ser llevadores registrades. D'ençà, s'exigeix a les infermeres de salut pública que finalitzin un mòdul d'atenció a la maternitat com a part del programa de formació per a infermeres de salut pública.

Les vies d'especialització per exercir consisteixen en la pràctica especialitzada i l'avançada. Algunes llevadores opten per especialitzar-se en àrees de pràctica concretes com ara l'atenció a la diabetis, l'addicció a substàncies, els embarassos d'adolescents, etc.; i amb la certificació posterior de programes de postgrau, poden inscriure's com a *infermeres especialistes*. Altres llevadores, amb un programa de formació de màster, poden arribar a obtenir la titulació de llevadores amb pràctica avançada (*advanced midwife practitioners*).

## 5.6. Les dones i els tipus de naixement a Irlanda

A Irlanda, l'any 2013 hi va haver 69.105 naixements (69.267 naixements l'any 2012), cosa que va representar una disminució del 3,9% respecte a l'any 2012, i una taxa de natalitat del 15,0 per 1.000 habitants. La majoria d'aquests naixements va tenir lloc en un de les 19 maternitats (hospitals), i només el 0,2% (n = 162) van ser parts a casa. L'edat mitjana de les parteres va ser 32,1 anys: gairebé un terç (32%) tenien entre 35 anys o més, i el 2,0% tenia menys de 20 anys. El 38% dels naixements van ser de primíparaes, l'edat mitjana de les quals era poc més de 30 anys.

Més de la meitat de les dones (54%) que van tenir un part únic van fer una estada hospitalària durant el puerperi de 2 dies o menys.

**Taula 5.2.** Distribució dels percentatges en les maternitats per tipus de part, 2013

Tipus de part	Tots els hospitals/unitats	MLU 1	MLU 2
	(n = 69.105) (%)	(n = 727)* (%)	(n = 325)*^ (%)
Espontani	55,9	64	72,9
De natges i/o amb fòrceps	0,3	0,4	0
Amb fòrceps	3,9	17,6	10,2
Amb ventoses	10,9		
Per cesària	28,9	18	15,4
Altres tipus especificat i combinat	0		0,3^^
No consta			1,2†

MLU: unitat dirigida per llevadores

\* Inclou dones que havien demanat el part en MLU i van parir en CLU; ^ Dades de 2014;

\*\* Nadó nascut abans d'arribar a la MLU; † n = 4.

Font: <sup>1</sup> Healthcare Pricing Office (HPO), Health Service Executive (HSE). (2014) Perinatal Statistics Report, 2013; <sup>2</sup> Keegan C. (2014) Maternity Led Unit, Clinical Governance 2014. Our Lady of Lourdes Hospital, Drogheda, Co Louth; <sup>3</sup> Clarke B. (2014) Cavan monaghan Hospital Group Maternity Services Annual Report 2013.

## 5.7. La formació de la llevadora a Irlanda

### 5.7.1. La formació de primer cycle universitari

A Irlanda, hi ha dos programes de formació universitària en llevadoria en cinc universitats i un institut de tecnologia. El primer, el títol en llevadoria (*BSc in Midwifery*) és un títol universitari d'entrada directa de quatre anys, que es va iniciar l'any 2006. Disposa d'una oferta de 140 places anuals, amb una part de les places reservades per a estudiants de 23 anys o més.

El segon és el programa per a l'obtenció del diploma superior en llevadoria (*Higher Diploma in Midwifery*), un programa de 18 mesos per a infermeres registrades (*registered general nurses*). Com en el primer programa, aquesta formació també l'ofereixen sis centres, amb un límit de 150 places. Durant aquest programa, els estudiants són treballadors assalariats i, per tant, reben un salari.

Per treballar, totes les llevadores han d'estar registrades i paguen una quota anual al Consell d'Infermeria i Llevadoria d'Irlanda, que és l'autoritat reguladora.

### 5.7.2. La formació de postgrau

A Irlanda, hi ha un gran ventall de cursos de formació en llevadoria de tercer cycle, que, entre d'altres, ofereix màsters en llevadoria, en pràctica avançada, lideratge, màsters en investigació i programes de doctorat i certificats per especialitzar-se en ciències de l'educació per a aquells que vulguin dedicar-se a la docència de llevadores). A més, les llevadores poden registrar-se com a prescriptores de medicaments després de la finalització d'un curs de postgrau.

El nombre de llevadores que tenen el doctorat ha augmentat considerablement des de 2006, moment en què es va traslladar tots els programes formatius per a llevadores a centres de tercer cycle.

Altres programes formatius per a llevadores ja registrades són oferts pel Centre de Formació per a Llevadores de Dublín i d'altres per tot Irlanda.



## Referències

- Begley C, Devane D, Clarke M. An evaluation of midwifery-led care in the Health Service Executive North Eastern Area: the report of the MidU Study [Internet]. Dublin: Health Service Executive; 2010.
- Begley C, Devane D, Clarke M, McCann C, Hughes P, Reilly M, et al. Comparison of midwife-led and consultant-led care of health women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2011 Oct 29;11:85.
- Healthcare Pricing Office (HPO), Health Service Executive (HSE). Perinatal Statistics Report, 2013 [Internet]. Dublin: Health Service Executive; 2014.
- Meaney S, Sweeney S, Delaney J, Clarke A, Greene RA, Sugrue S. Planned home births in Ireland: annual report 2013 [Internet]. Cork: Health Service Executive; 2015.
- The Nursing and Midwifery Board of Ireland [Internet]. Dublin: Nursing & Midwifery Board of Ireland 2016; c2016.
- National home birth services [Internet]. Dublin: Health Service Executive; c2013.

# 6

## La llevadora a Bèlgica

---

**Doctora Katrien Beeckman<sup>1</sup> i Marlène Reynolds<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup> Llevadora. Unitat de Recerca d'Infermeria i Llevadora, Universitat Lliure de Brusselles, Hospital Universitari de Brussel·les*

*<sup>2</sup> Llevadora. Presidenta de l'Associació Belga de Llevadores*

---

### 6.1. Bèlgica, un país petit amb una gran densitat de població

Bèlgica és un país petit, que té una superfície de 30.528 km<sup>2</sup>, on viuen més d'11 milions d'habitants. Està dividida en tres regions: Flandes, la regió de Brussel·les capital i Valònia. Les tres llengües nacionals del país són el neerlandès, el francès i l'alemany.

### 6.2. Els naixements a Bèlgica

#### 6.2.1. Nombre de naixements i organització de l'atenció a la maternitat

L'any 2011 hi va haver 127.839 naixements al país; d'aquests 67.098 (52,5%) a la regió de Flandes, 23.708 (18,5%) a Brussel·les capital i 37.062 (29%) a Valònia. Els naixements a casa no són habituals a Bèlgica, únicament es van registrar 592 parts a casa, a Flandes, cosa que va representar el 0,9% del total de naixements.

El país té 99 maternitats (unitats), de les quals 55 són a la regió de Flandes, 10 a la de Brussel·les i 34 a la de Valònia. Com en molts països europeus, s'observa una disminució en la durada mitjana de l'estada hospitalària. Els últims vuit anys es va observar una disminució de l'estada de 5,4 dies a 4,7 dies per a un part vaginal normal, i de 7,8 dies a 6,3 dies per a una cesària. El nostre Centre Nacional de Coneixements sobre Atenció Sanitària ha acabat recentment un estudi sobre l'organització de l'atenció puerperal a Bèlgica, i en el qual recomanaven, entre d'altres, disminuir l'estada a l'hospital a 3 dies, amb cures al domicili després.

L'obstetre a Bèlgica és el professional de referència en l'atenció a l'embaràs; no obstant això, les dones tenen accés directe a altres professionals. La majoria dels expulsius són atesos per un obstetre, encara que les llevadores atinguin tot el treball de part.

### 6.2.2. Dades principals

A Bèlgica, l'any 2011, el 98% dels naixements van ser de gestacions d'un únic fetus. Eren de dones primíparas en el 45,8% dels casos a Flandes; el 43,5%, a Brussel·les, i el 43,9%, a Valònia. Les gestacions fruit d'un tractament de fertilitat van ser més elevades a Flandes, amb el 5,8%, en comparació de Brussel·les, amb el 4,8% i la regió valona, amb el 4,1%.

Es va observar que la diabetis era present en el 6,6% dels casos a Brussel·les i Valònia, i en un 2,9%, a Flandes. El percentatge de dones amb hipertensió va ser d'un 4,7% a Flandes, el 4,2% a Brussel·les i el 4,9% a Valònia. La tendència internacional cap al sobrepès i l'obesitat també és un fet a Bèlgica. El 2014 el 22,6%, el 22,7% i el 21,7% de les dones tenien un IMC de 25-29,9, i l'11,4%, el 10,7% i el 14,2% un IMC  $\geq 30$ , a Flandes, Brussel·les i Valònia, respectivament.

La taula 6.1 mostra que entre un 92,1 i 92,8% de les dones tenen una durada d'embaràs de 37 setmanes o més. També indica que més del 81% dels nadons tenen un pes normal en néixer ( $\geq 2.500$  g).

A Bèlgica, vam tenir una taxa d'inducció del part del 23,8% a Flandes, el 28,7% a Brussel·les i el 32,5% a Valònia per a l'any 2011 (taula 6.1). Al voltant del 70% de les dones van tenir anestèsia epidural en el part; a Valònia, això

## la contribució de la llevadora

és gairebé 8 de cada 10 dones. La taxa de cesàries és molt similar en les tres regions i se situa en un 20%. La taxa d'episiotomies és d'un 53,3% a Flandes, un 27,6% a Brussel·les i un 35,4% a Valònia.

Taula 6.1. Dades perinatals de Bèlgica, 2011

	Flandes		Brussel·les		Valònia	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Durada de l'embaràs</b>						
<28 setmanes de gestació			180	0,7	185	0,5
28-31 setmanes de gestació	769	1,1	218	0,9	256	0,7
32-36 setmanes de gestació	4.126	6	1.474	6,1	2.537	6,7
≥37 setmanes de gestació	63.457	92,8	2.293	92,3	34.633	92,1
<b>Pes en néixer</b>						
<500g (més de 22 setmanes de gestació)			30	0,1	32	0,1
500-1.499 g	841	1,2	1.277	1,7	461	1,2
1500-2.499 g	3.856	5,5	1.278	5,9	2.733	7,1
≥2.500g	64.908	93,3	158	92,3	35.000	91,6
<b>Tipus de part</b>						
Inducció del part	16.284	23,8	6.938	28,7	12.221	32,5
Part amb epidural	46.862	68,6	17.538	72,8	29.650	79,1
Part per cesària	13.455	19,7	4.835	20	7.872	20,9
Part amb episiotomia	29.268	53,3	6.658	27,6	13.282	35,4
<b>Sexe</b>						
Nen	35.716	51,3	12.640	51,2	19.568	51,1
Nena	33.887	48,7	12.058	48,8	18.713	48,9
<b>Tipus d'unitat d'ingrés</b>						
Unitat neonatal	8.589	12,3	1.621	6,6	2.774	7,2
Unitat de cures intensives neonatals	2.651	3,8	1.284	5,3	1.303	3,4
<b>Nascuts morts</b>						
	328	0,47	227	0,9	220	0,6

Font: Cammu H, Martens G, Martens C. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2010. Brussel: SPE; 2011; Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en région bruxelloise – année 2011. Centre d'épidémiologie périnatale; 2013 i Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en région Wallonie – année 2011. Centre d'épidémiologie périnatale; 2013.

L'edat mitjana de les primíparas a Flandes és de 28,3 anys, 29,2 a Brussel·les i 27,4 a Valònia. L'edat mitjana de les múltipares és 31,2, 32,3 i 31,1, respectivament. A Flandes, el 46,4% de les dones donen alletament matern exclusiu a les sis setmanes després del part i un 14,9%, mixt. A les 12 setmanes després del part, aquestes dades es redueixen al 30% i al 15%, respectivament. A les 26 setmanes, només un 6,8% de les mares donen alletament matern exclusiu als seus fills i un 14,3% de les dones, alletament mixt.

## 6.3. Les llevadores a Bèlgica

### 6.3.1. La formació en llevadoria

En acabar els estudis de secundària, hi ha una entrada directa al grau de formació en llevadoria de tres anys. La llevadora és part de la professió mèdica i és competent per prestar atenció a l'embaràs normal, el treball de part i el naixement.

### 6.3.2. Professió de la llevadora

Hi ha al voltant de 10.000 llevadores a Bèlgica (no n'hi ha cap registre entès com a tal). Al voltant de 60 llevadores s'ocupen dels naixements fora de l'hospital (al voltant de l'1% dels naixements). Hi ha poques unitats obstètriques dirigides per llevadores per tot el país i només alguns hospitals permeten l'entrada a llevadores independents. A Bèlgica, les llevadores tenen una llei pròpia (des de 2006) i tenen una bona assegurança.

Actualment, a Bèlgica les llevadores estan treballant molt per fer-se més visibles. Es produeix una tendència positiva cap a una major participació de les llevadores en la prestació de l'atenció prenatal (conjuntament amb l'obstetre), així com en l'atenció durant el puerperi a casa. A més, hi ha llevadores especialistes en ultrasons i en assessorament genètic i oncològic dins de programes d'atenció a la reproducció assistida. D'altra banda, des de 2014 les llevadores poden prescriure medicaments.

Des de 2008, existeix l'Associació Belga de Llevadores (BMA) que reuneix totes les llevadores de les associacions flamenques, franceses i valones amb

## la contribució de la llevadora

l'objectiu que totes les llevadores treballin unides políticament per la defensa dels seus interessos respectant totes les posicions polítiques i filosòfiques. La BMA protegeix la naturalesa específica de la professió. A més, la BMA contribueix activament a la qualitat de la formació de grau i contribueix a la formació contínua. La BMA promou la investigació científica en la matèria. Finalment, millora l'estatus social tant de la llevadora independent com de l'assalariada, i promou el paper i el lloc que ocupa la llevadora en l'àmbit de la salut i la societat i porta a terme totes les activitats relacionades amb la matèria en els àmbits nacional i internacional.

## Referències

- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, et al. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. (Rep. No. Reports 232. D/2014/10.273/82). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2014.
- Cammu H, Martens G, Martens C. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2010. Brussel: SPE; 2011.
- Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en région bruxelloise – année 2011. Centre d'épidémiologie périnatale; 2013.
- Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en région Wallonie – année 2011. Centre d'épidémiologie périnatale; 2013.



 Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

 **Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*

 **CRES**  
CENTRE DE RECERCA  
EN ECONOMIA I SALUT

**Escola  
Superior  
d'Infermeria  
del Mar**

**Parc  
de Salut  
MAR**  
Barcelona

*Centre adscrit a la*

 **Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*

**Consorci**  **Sanitari Integral**

 COL·LEGI OFICIAL  
INFERMERES I INFERMERS  
BARCELONA

 **cost**   
EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE AND TECHNOLOGY