

EFFECTES DE LA COVID-19 EN L'ACOMPANYAMENT SIGNIFICATIU AL PART



Imatge lliure de drets

Andrea Sánchez Soler

andrea.sanchez1@uvic.cat

4t. Curs Grau d'Infermeria

Professora: Sandra Ezquerra

Facultat Ciències de la Salut- UVIC-UCC

Vic, Maig de 2022

ÍNDEX

1. RESUM.....	3
2. INTRODUCCIÓ:.....	4
2.1. ANTECEDENTS I CONTEXT DEL TREBALL FINAL DE GRAU	4
2.2. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA:	4
2.2.1. Tipologies del part:	4
2.2.2. Part humanitzat amb acompanyament:	5
2.2.3. Acompanyament en el part i COVID-19:	7
2.2.4. Assistència sanitària a Catalunya	9
2.3. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI:.....	14
3. OBJECTIUS:	16
3.1. GENERAL:	16
3.2. ESPECÍFICS:.....	16
4. HIPÒTESIS:.....	16
4.1 GENERAL:.....	16
4.2. ESPECÍFIQUES:	16
5. METODOLOGIA:	17
6. RESULTATS:	19
7. DISCUSSIÓ:.....	31
8. CONCLUSIONS.....	36
9. BIBLIOGRAFIA:	38
10. AGRAÏMENTS:	44
11. NOTA FINAL DE L'AUTOR:	44

1. RESUM

Resum

L'accés a tenir un suport significatiu, continu i d'elecció és imprescindible per actuar de manera respectuosa amb la dona durant el procés de part. La pandèmia de la COVID-19 ha generat un impacte en la organització del funcionament dels hospitals. S'han imposat restriccions en els serveis de maternitat com la prohibició d'un acompanyant, limitacions en la lactància materna i reducció del contacte entre nou-nat i mare, restringint, d'aquesta manera, el suport emocional, social i físic a les dones. Objectiu: Analitzar l'impacte de la pandèmia de la COVID-19 en la capacitat de les dones de donar a llum amb acompanyament significatiu a Catalunya en funció del tipus d'assistència, segons la tipologia de part i segons el territori català.

Resultats: L'acompanyament significatiu en tot moment del part ha disminuït durant la pandèmia de la COVID-19 a Catalunya, particularment durant la primera onada. La cesària ha estat el tipus de part menys acompanyat, encara que a l'assistència privada ha estat major que en la pública. Hi ha variacions importants d'acompanyament en funció del territori que no depenen de l'impacte negatiu en l'acompanyament que podrien haver tingut les regions sanitàries metropolitanes.

Conclusions: La pandèmia de la COVID-19 ha provocat que el dret de tenir un acompanyant significatiu intrapart s'hagi vist afectat de manera negativa. Durant la pandèmia hi ha hagut desigualtats assistencials segons el territori i de tipus econòmic que han perjudicat l'acompanyament de les dones.

Paraules clau: COVID-19, acompanyament, part.

Abstract:

Access to meaningful, continuous, and supportive care is essential to provide respectful care to women during childbirth. The COVID-19 pandemic has had an impact on the organization of hospital care. Restrictions on maternity services have been imposed, such as a ban on a companion, restrictions on breastfeeding and reduced contact between the newborn and the mother, restricting therefore emotional, social and physical support to women.

Objective: To analyze the impact of the COVID-19 pandemic on the ability of women to give birth with a significant companion in Catalonia, in terms of type of health care, according to the type of birth and according to territorial variations.

Results: Significant companionship during the totality of childbirth has decreased during the COVID-19 pandemic in Catalonia, particularly during the first wave. Cesarean section has been the least accompanied type of childbirth, although it has been higher in private care than in public one. There are significant variations in companionship depending on the territory which are not explained by the negative impact the metropolitan health regions might have had on companionship.

Conclusions: The COVID-19 pandemic has negatively affected the right to have a significant intrapartum companion. During the pandemic, there have been territorial and economic inequalities in care that have impaired women's accompaniment.

Key Words: COVID-19, support, companion, childbirth.

2. INTRODUCCIÓ:

2.1. ANTECEDENTS I CONTEXT DEL TREBALL FINAL DE GRAU

Aquest Treball de Fi de Grau s'emmarca dins del projecte d'investigació **Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya**, dut a terme pel grup de recerca SoPCI - Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives- de la UVic-UCC i la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la mateixa universitat. Sota el paraigua del projecte principal, d'acord amb els interessos de l'estudiant i sota els principis de transferència de coneixement i de màxim recorregut a la recerca, s'ha plantejat la idoneïtat d'incorporar el TFG en el projecte, tot donant un acompanyament intensiu a l'estudiant per a la realització d'un treball d'investigació d'aquestes característiques. Aquest seguiment exhaustiu, a més de contribuir al rigor i la qualitat del treball presentat per l'estudiant, ha evitat concentrar l'aportació de l'estudiant a un estadi específic de la recerca i, en canvi, ha optat per incorporar-la des de la definició de l'objectiu de la recerca fins a la discussió dels resultats i l'elaboració de les conclusions. L'estudiant ha participat, per tant, en els diferents trams del procés investigador i s'ha format en tots ells. La feina col·laborativa entre l'estudiant, la tutora i la resta del grup d'investigació derivarà, així mateix, en productes científics i de caràcter divulgatiu que, més enllà del Treball de Final de Grau, donin a conèixer els resultats de la investigació a diferents perfils de públics.

2.2. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA:

2.2.1. Tipologies del part:

El part vaginal o normal és el fenomen fisiològic que es produeix al final de l'embaràs que culmina amb el naixement del nounat per via vaginal (Federación de Asociaciones de Matronas de España, s.d.). Aquest consta de diverses fases:

- Fase latent: és la primera fase del part. És difícil determinar el moment just que s'inicia. Apareixen les contraccions uterines que gradualment comencen a dilatar el canal de part. (Satin, 2011)
- Fase activa: s'inicia quan els canvis de dilatació s'acceleren entre 1-2 cm de dilatats per hora. Apareixen les contraccions regulars i més seguides. Al final d'aquesta fase el canal del part està completament obert (uns 10 cms). (Satin, 2011)
- Expulsiu: és la fase més curta del part. S'inicia amb la dilatació total de la cèrvix i culmina amb la sortida del fetus. Les contraccions són rítmiques i empenyen el fetus pel canal del part.
- Expulsió de la placenta: S'inicia quan el nounat surt i l'úter redueix de mida. Quan es posa el nounat sobre la mare es produeix una forta descàrrega d'oxitocina. Això produeix les contraccions per expulsar la placenta. Es tanquen els vasos on hi havia la placenta inserida.

El part vaginal sense necessitat d'analgèsia, anestèsia ni intervencionisme s'anomena part natural (Barranquero Gómez et al., 2021). Hi ha parts per via vaginal, tanmateix, que es desenvolupen amb dificultat, en els que la mare no pot prémer o bé el fetus no

passa pel canal del part. En aquests casos, s'utilitzen mètodes mèdics per ajudar al desenllaç en forma d'instruments com fòrceps i/o ventoses, que es col·loquen sobre el cap del fetus i l'estiren per ajudar-lo a sortir del canal de part. Aquests parts s'anomenen instrumentalitzats (Rodrigo et al, 2018).

Una altra tipologia de part instrumentalitzat, en aquest cas no vaginal, és la cesària. La cesària és una intervenció quirúrgica major que permet l'extracció del fetus per via abdominal (Schnapp et al., 2014). Es realitza una primera incisió a l'abdomen i posteriorment a l'úter. S'extreu el fetus a través d'aquesta incisió quirúrgica (Barranquero Gómez et al., 2021). En els parts per cesària normalment s'utilitza anestèsia epidural. Aquesta és una anestèsia local que es col·loca amb un catèter a l'espai epidural i que bloqueja les terminacions nervioses per sota de la punció. Per tant, la dona es troba conscient durant el procés (Rodrigo, 2018).

2.2.2. Part humanitzat amb acompanyament:

El part és, segons Macías-Intrigado (2018), un "instant transformador en la vida d'una família, sobretot en la vida de la dona i el nen que està a punt de néixer" (p. 399). Hi tenen a veure els factors psicològics, biològics, socioeconòmics i culturals i, per tant, l'atenció dels professionals ha de ser integral. (Federación de Asociaciones de Matronas de España, s.d.). En aquest context, la humanització i l'assistència a la mare durant tot el procés són molt rellevants, ja que les experiències del part influiran en la vida de les dones (Diniz, 2014).

Segons Johannsen (2016), el part humanitzat és aquell respectat pels i per les professionals. Implica una atenció integral que inclou els drets de la dona i el seu entorn juntament amb els drets del nou-nat. L'assistència durant un part humanitzat implica donar valor a les creences de la dona, fent notables la dignitat i respectant els seus valors i sentiments. La dona ha de ser el centre de les decisions. Els i les professionals de la salut només han d'intervenir quan es requereixi, o bé perquè ella ho ha decidit, o bé perquè la situació ho necessita (Organització mundial de la Salut [OMS], 2018). La partera és la protagonista del procés, per tant, s'ha de promocionar la seva autonomia i garantir accés a la informació en tot moment (Benet et al., 2017).

L'eina fonamental que ha de primar durant tot el procés de donar a llum és el vincle entre la dona-entorn i l'equip professional de salut. Aquest segon ha d'estar caracteritzat per la capacitat d'escolta activa, l'intercanvi d'informació, el diàleg i afecte. Ha d'adoptar una postura de respecte i proporcionar comoditat. Com s'ha apuntat prèviament, un procés de part desagradable pot influir en aspectes físics, socials, culturals i emocionals de la dona en un futur (Gago, 2017).

Tal i com exposen López-Villar i Soraluze Acebo (2011), és important que les persones que acompanyen el part (entorn de la dona i professionals) estableixin un pont de confiança entre ells per facilitar tot el procés (veure també Schallman, 2007). El suport i acompanyament significatiu a la dona ha de ser el de la seva elecció i ha de mantenir un rol de col·laboració constant amb la llevadora per assolir un clima de calidesa i silenci. En definitiva, la importància rau en què la dona és el centre de tot el procés i l'acompanyant és el seu suport físic, psicoemocional i el seu defensor (López-Villar i Soraluze Acebo, 2011).

La mare i el seu entorn tenen el dret de poder escollir com serà el part. Les recomanacions sobre l'atenció que hi hauria d'haver durant el part descriuen la importància d'un acompanyant significatiu i d'elecció de la dona durant aquest:

“Millorar el suport a les dones que donen a llum i facilitar l'elecció de la dona pel que fa al part company és important per respectar l'atenció a la maternitat (RMC) està d'acord amb l'enfoc basat en els drets humans.” (Organització Mundial de la Salut, 2018:32)

Hi pot haver un acompanyament significatiu, un de professional o ambdós. L'acompanyant significatiu és el d'elecció de la dona i és important per ella i el que representa. Aquest, pot ser qualsevol membre escollit per la partera, ja sigui la parella, familiars pròxims, etc. (López-Villar i Soraluze Acebo, 2011).

L'*Estratègia d'atenció al part normal del Sistema Nacional de Salut [EAPN] (2012)*, proposa recomanacions en base a l'evidència per a una millor atenció al part de manera humanitzada:

“Permetre a totes les dones si ho desitgen, que comptin amb persones de suport durant tot el procés d'embaràs, part i post-part de manera interrompuda i des de les primeres etapes. Juntament amb la promoció d'una política institucional que permeti a la gestant escollir la persona que l'acompanyi de forma continuada durant tot el procés.” (EAPN, 2012:18)

EAPN (2012), també apunta a incrementar l'acompanyament en el part per cesària en la mesura del possible, tenint cura de les condicions ambientals com el silenci i la intimitat per la millora del procés tant per a la dona com per al nounat. D'altra banda, en l'*Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva (2011)* es reconeix com a dret bàsic durant el procés del part, l'acompanyament per part de la parella i/o l'acompanyament significatiu d'elecció de la dona juntament amb la protecció del nounat, proporcionant-los una atenció de qualitat.

Per garantir el dret d'elecció de la dona sobre el seu part, es podrà fer ús del Pla de Part. Aquest és un document que s'entrega amb diverses còpies als professionals de la salut que atendran el part. S'hi descriuen les necessitats, expectatives, mètodes complementaris d'alleujament del dolor, si es vol medicació i les persones que es volen presents durant el part (Johannsen, 2016).

L'acompanyament al part també pot donar-se amb la figura de doula. Ella és qui aporta seguiment i suport emocional durant l'embaràs i el part i també consistiria en un acompanyament significatiu, ja que és l'escollit per la dona. La doula engloba el nivell espiritual i logístic i intenta satisfer les necessitats de la dona durant el treball de part. Les doules són contractades directament per la dona, i això implica que s'han de tenir uns recursos econòmics que no tothom pot assumir (Kabakian i Portela, 2017).

En molts països que no permeten l'entrada de la figura masculina dins la sala de parts, és la figura materna o la doula qui fa l'acompanyament (Kabakian i Portela, 2017). De totes maneres, la persona que acompanya, al país que sigui, hauria de fer-ho

discretament i proporcionant suport a les demandes de la dona i del treball de part. És important que els i les professionals de la salut integrin els acompanyants, hi mantinguin una comunicació efectiva i permetin la seva implicació en el procés (Kabakian i Portela, 2017). El procés de donar a llum pot ser considerat com un episodi estressant per a totes les persones que hi participen. Així doncs, la presència d'un acompanyant d'elecció pot implicar un gran benefici emocional per a la dona (Alcantara Souza, 2016).

L'acompanyament significatiu ha d'incloure respecte i comprensió. D'aquesta manera es pot fer protagonista a la dona gestant, evitant la visió paternalista i buscant l'apoderament de la dona. Ella es sentirà més segura de si mateixa i de les capacitats pròpies instintives corporals (López-Villar i Soraluze Acebo, 2011). Així doncs, la participació de l'acompanyant significatiu durant el treball del part és primordial per mantenir comoditat, intimitat, fortalesa, respecte, confort, protecció i resiliència a la dona.

Un factor que influeix durant el part és la sensació de seguretat de la dona. El fet de sentir-se segura pot influir de manera positiva, i un acompanyant d'elecció pot aportar estabilitat millorant aquest ítem. La presència d'un acompanyant d'elecció pot contribuir a una disminució de la por i a un increment de confiança en el procés. S'ha vist que en els parts acompanyats, les preferències de les dones han estat més respectades i han augmentat el benestar i tranquil·litat durant el procés de part. A vegades, la presència d'un suport d'elecció reforça i disminueix el dolor subjectiu (Alcantara Souza, 2016). Segons la revisió sistemàtica de la base de dades Cochrane realitzada per Boren et al., (2017) el fet de mantenir un acompanyament significatiu continu redueix la utilització d'analgèsics, comportant un part més natural, moltes vegades més ràpid i menys costós, podent també prevenir la cesària. Dit això, no és la missió del suport significatiu minvar el dolor del part sinó que aquest ha de ser l'objectiu dels professionals (López-Villar i Soraluze Acebo, 2011).

El fet de no tenir un acompanyant durant el procés del part, es podria associar a maltractament intrapart (Balde, 2020). Moltes vegades hi ha falta de comunicació entre personal sanitari i la dona, que implica procediments sense consentiment, com per exemple exploració d'examen vaginal. L'acompanyant pot ser el defensor de les preferències de la dona durant el part i ajudar que hi hagi les mesures d'intimitat i privacitat pel procés, juntament amb la millora de l'autonomia de la dona.

2. 2. 3. Acompanyament en el part i COVID-19:

La COVID-19 és una patologia aguda deguda al SARS-CoV-2, un virus provinent de la família dels coronavirus. Els símptomes que produeix són febre, tos, dispnea, miàlgia, fatiga, pèrdua del gust i de l'olfacte, pneumònia, dificultat respiratòria aguda i sèpsia en els casos més greus (Pérez, Gómez i Dieguez, 2020). La transmissió és a través de gotes, amb contacte estret amb persones i/o objectes contaminats, amb una velocitat alta de propagació dependent de la variable. El rang d'incubació és aproximadament entre 4-14 dies (Hernández Orozco, et al., 2020)

Segons Cohen et al. (2020), la pandèmia de la COVID-19 ha generat un impacte en l'organització del funcionament dels hospitals de gairebé tots els països afectats. Això

ha repercutit en les visites a pacients hospitalitzats, que en molts llocs no s'han permès. (Kinkartz, 2020; Perez Mendoza i Olivares, 2022). Durant la pandèmia, hi ha hagut moltes institucions de salut pública que han imposat restriccions en els serveis de maternitat com la prohibició d'un o una acompanyant, limitacions en la lactància materna i reducció del contacte entre nounat i mare, restringint el suport emocional, social i físic. L'explicació que s'ha donat a aquestes restriccions ha estat la voluntat d'evitar el contagi entre mare i nounat i entorn.

Les reaccions generals dels governs de pràcticament tots els països davant la pandèmia ha estat protegir a tots els ciutadans contemplant els principis bàsics de control d'infeccions (Ayers et al., 2021). Per exemple, per evitar el contagi de la COVID-19, en moltes sales de parts d'Europa i d'Estats Units s'ha permès la presència exclusiva de la parella de la dona durant el part. Si l'acompanyant no era la parella, encara que fos escollit per la dona, havia de donar a llum sola (Cohen et al., 2020). També en els països de la Unió Europea, amb el risc de contagi més alt, com al Nord d'Itàlia, moltes dones COVID-19 positives van haver de donar a llum aïllades (Fumagalli et al., 2021).

Tanmateix, les recomanacions que va realitzar l'Organització Mundial de la Salut (2020) després de l'esclat de la pandèmia van consistir en què l'atenció que s'havia de proporcionar durant el part havia de ser la mateixa que abans de la COVID-19. Això passa per una assistència de qualitat i una experiència de part segura. L'OMS, a més, incloïa poder tenir un acompanyament significatiu durant tot el part com un element essencial d'una assistència de qualitat.

Segons Cohen et al., (2020), durant l'esclat de la pandèmia, en països amb l'índex de contagi més alt, es van prohibir totes les visites de familiars durant l'estada hospitalària en el postpart immediat. A Espanya, alguns hospitals van realitzar els seus propis protocols d'actuació davant la COVID-19. Això va comportar que en alguns casos es vulnerés el dret de la gestant a tenir un acompanyant significatiu durant el procés de donar a llum (Asociación el parto es nuestro, 2021). Des de la Conselleria de Salut de València, per exemple, es va prohibir l'acompanyant significatiu del part durant 4 dies (Jan, 2020).

Al finalitzar l'estat d'alarma a Espanya el juny del 2020, el Ministerio de Sanidad (2020) va elaborar un document tècnic del possible maneig de la dona embarassada i els nounats amb COVID-19 (Ministerio de Sanidad, 2020). En ell s'informava que l'acompanyant significatiu podia estar present, si les circumstàncies ho permetien, durant tot el procés del part. Això és possible tant si la dona que dona a llum és COVID-19 positiva o negativa. A l'octubre del 2020 el Servei Català de Salut va proporcionar una guia d'actuació davant els casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons i hi explicitava que, per norma general, "les dones poden estar acompanyades i les visites queden restringides a un sol acompanyant" (Servei Català de la Salut, 2020:10). En el mateix document s'explicitava que "la persona acompanyant autoritzada per poder estar amb la dona ha de seguir les mesures recomanades de protecció individual segons el risc al qual s'exposi"(5). Així, si es decidia l'acompanyament, s'havien de proporcionar totes les mesures d'aïllament corresponents (EPI). Les recomanacions sobre el maneig del pacient amb SARS-Cov-2 realitzades per l'Organització Mundial de la Salut (2021) recalquen que l'atenció al part amb qualsevol

dona ha de ser integral, respectuosa i digna, mantenint la necessitat d'eliminar els mals tractes i d'absència de danys. Això implica la presència de l'acompanyant significatiu al part. Les recomanacions inclouen la presència d'un acompanyant durant tot el procés sempre que sigui negatiu de la COVID-19. En cas que l'acompanyant sigui positiu, la dona podrà escollir qualsevol altra persona del seu entorn que sigui negativa amb PCR i no tingui simptomatologia associada (OMS, 2021).

Actualment, a Catalunya es troba en vigència la Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons (Servei Català de la Salut, 2022), actualitzada al març del 2022, que associa la importància de permetre l'entrada d'un acompanyant significatiu independentment que la dona sigui COVID-19 positiu o Covid-19 negatiu (Servei Català de la Salut, 2022).

2.2.4. Assistència sanitària a Catalunya:

A) Regions Sanitàries

El Sistema Català de Salut (CatSalut) planifica, avalua, finança els serveis de salut a Catalunya. El CatSalut té com a funció principal garantir l'assistència sanitària pública de qualitat a tots els ciutadans de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2015).

Amb l'objectiu de poder donar atenció sanitària pública i atendre les necessitats de tota la població de Catalunya, el territori català es divideix en set regions sanitàries.

“Segons l'article 23 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, en el marc de les finalitats atribuïdes al Servei Català de la Salut, les Regions Sanitàries han de tenir especial cura d'assolir:

- Una organització sanitària eficient i propera a l'usuari.
- La participació efectiva de la comunitat en les actuacions i els programes sanitaris.
- Una organització integrada dels serveis de promoció i protecció de la salut, prevenció de la malaltia i atenció primària en l'àmbit comunitari.
- La potenciació del treball en equip en el marc de l'atenció primària de salut.
- La continuïtat adequada entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada i hospitalària.
- La correlació adequada entre els serveis sanitaris, sociosanitaris i socials.
- La coordinació òptima de les actuacions de la Regió Sanitària amb les funcions de control sanitari pròpies dels Ajuntaments.
- L'apropament i l'accessibilitat dels serveis a tota la població.” (CatSalut, s.d.).

Aquestes regions sanitàries estan delimitades segons factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics. Les set regions sanitàries es divideixen en sectors sanitaris i comprenen les àrees bàsiques de salut (ABS). Aquestes compten amb serveis d'atenció primària i d'atenció especialitzada.

Les set regions sanitàries existents a Catalunya són: Alt Pirineu i Aran, Lleida, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Catalunya Central, Barcelona i Girona.

Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran:

La Regió Sanitària (RS) de l'Alt Pirineu i Aran comprèn sis comarques: Alt Urgell, Alta Ribagorça, Cerdanya, Pallars Jussà, Pallars Sobirà i Vall d'Aran. La població d'aquesta regió sanitària són 74.271 habitants, 37.705 homes i 36.566 dones (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).



Figura 1. Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran [Fotografia],
Font: Generalitat de Catalunya, 2015.

Regió Sanitària Lleida:

La Regió Sanitària (RS) de Lleida comprèn sis comarques: Garrigues, Noguera, Pla de l'Urgell, Segarra, Segrià i Urgell. La població d'aquesta regió sanitària són 365.858 habitants, 186.657 homes i 179.201 dones (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).



Figura 2. Regió Sanitària Lleida [Fotografia],
Font: Generalitat de Catalunya, 2015.

Regió Sanitària Camp de Tarragona:

La Regió Sanitària (RS) del Camp de Tarragona comprèn sis comarques: Alt Camp, Baix Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat i Tarragonès. La població d'aquesta regió sanitària són 626.589 habitants, 311.864 homes i 314.725 dones (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).



Figura 3. Regió Sanitària Camp de Tarragona [Fotografia],
Font: Generalitat de Catalunya, 2015.

Regió Sanitària Terres de l'Ebre:

La Regió Sanitària (RS) de Terres de l'Ebre comprèn quatre comarques: Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre i Terra Alta. La població d'aquesta regió sanitària són 180.705 habitants, 91.403 homes i 89.302 dones (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).



Figura 4. Regió Sanitària Terres de l'Ebre [Fotografia],
Font: Generalitat de Catalunya, 2015.

Regió Sanitària Catalunya Central:

La Regió Sanitària (RS) de Catalunya Central comprèn sis comarques: Anoia, Bages, Berguedà, Moianès, Osona i Solsonès.. La població d'aquesta regió sanitària són 536.400 habitants, 268.635 homes i 267.765 dones (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).



Figura 5. *Regió Sanitària Catalunya Central* [Fotografia],
Font: Generalitat de Catalunya, 2015.

Regió Sanitària Girona:

La Regió Sanitària (RS) de Girona comprèn set comarques: Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès, Pla de l'Estany, Ripollès i Selva. També agrupa alguns municipis del Maresme: Calella, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Palafolls, Pineda de Mar, Sant Cebrià de Vallalta, Sant Iscle de Vallalta, Sant Pol de Mar, Santa Susanna i Tordera. La població d'aquesta regió sanitària són 893.588 habitants, 446.897 homes i 446.691 dones (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).



Figura 6. *Regió Sanitària Girona* [Fotografia],
Font: Generalitat de Catalunya, 2015.

Regió sanitària de Barcelona:

La Regió Sanitària (RS) es troba distribuïda en:

-Barcelona Ciutat que avarca els districtes: Ciutat Vella, Eixample, Gràcia, Horta-Guinardó, Les Corts, Nou Barris, Sant Andreu, Sant Martí, Sants-Montjuïc, Sarrià-Sant Gervasi.

-Àrea Metropolitana Nord que compren el Barcelonès nord, el Maresme, el Vallés Oriental i Occidental.

-Àrea Metropolitana Sud que comprèn les comarques de l'Alt Penedès, el Baix Llobregat, el Garraf i la zona de Barcelonès Sud.

La població d'aquesta regió sanitària són 5.085.951 habitants, 2.476.670 homes i 2.609.281 dones (Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).



Figura 7. *Regió Sanitària Barcelona* [Fotografia],
Font: Generalitat de Catalunya, 2015.

B) Sistema sanitari públic-privat:

El model sanitari que es troba a Catalunya és mixt. Té una xarxa de centres de salut d'utilització pública finançats amb recursos públics, centres de diverses titularitats (públics i privats) i centres privats.

Els centres d'utilització pública, segons el model de Beveridge, amb finançament a base d'impostos. Aquests serveis són universals i accessibles. S'entén com a salut un bé públic d'acord amb els principis d'equitat i superació de les desigualtats territorials o socials en la prestació dels serveis sanitaris (CatSalut, 2018).

Per altra banda, trobem els centres totalment privats que no tenen concert amb el servei nacional de salut. Aquests entenen la salut com a un bé privat i s'abasteixen segons el pagament directe dels serveis per part de l'usuari.

A continuació es detallen per regions sanitàries i per titularitat/tipus de gestió els centres que poden atendre parts al territori català:

A la regió sanitària d'Alt Pirineu i Aran trobem 3 centres d'utilització pública i un centre de caire totalment privat.

Tipologia de centre	Nº Centres	Nº Llits
Utilització pública	3	217
Sense concert (Privat)	1	31
TOTAL	4	248

Taula 1. Centres d'atenció Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran.

Font: Catálogo Nacional España, (2020). Elaboració pròpia

A la regió sanitària de Lleida, trobem 4 centres d'atenció a les dones durant el part, 2 d'ells amb serveis públics, mentre que 2 de caire totalment privat.

Tipologia de centre	Nº Centres	Nº Llits
Utilització pública	2	692
Sense concert (Privat)	2	105
TOTAL	4	797

Taula 2. Centres d'atenció Regió Sanitària Lleida.

Font: Catálogo Nacional España, (2020). Elaboració pròpia

A la regió sanitària de Camp de Tarragona, trobem 7 centres d'atenció al part, dels quals 6 són d'utilització pública i 1 d'aquests és de caire totalment privat.

Tipologia de centre	Nº Centres	Nº Llits
Utilització pública	6	1183
Sense concert (Privat)	1	53
TOTAL	7	1236

Taula 3. Centres d'atenció Regió Sanitària Camp de Tarragona.

Font: Catálogo Nacional España, (2020). Elaboració pròpia

A la regió sanitària de Terres de l'Ebre, només trobem 4 centres d'utilització pública, no existeix cap centre de caire privat.

Tipologia de centre	Nº Centres	Nº Llits
Utilització pública	4	496
TOTAL	4	496

Taula 4. Centres d'atenció Regió Sanitària Terres de l'Ebre.
Font: Catálogo Nacional España, (2020). Elaboració pròpia

A la regió sanitària de Catalunya Central, trobem 7 centres que poden atendre al part, 4 d'ells són públics, mentre que 3 són sense concert (privats).

Tipologia de centre	Nº Centres	Nº Llits
Utilització pública	4	1002
Sense concert (Privat)	3	425
TOTAL	7	1427

Taula 5. Centres d'atenció Regió Sanitària Catalunya Central.
Font: Catálogo Nacional España, (2020). Elaboració pròpia

A la regió sanitària Girona, trobem 11 centres d'atenció, 8 de caire públic, en canvi, 3 de caire privat.

Tipologia de centre	Nº Centres	Nº Llits
Utilització pública	8	1374
Sense concert (Privat)	3	120
TOTAL	11	1494

Taula 6. Centres d'atenció Regió Sanitària Girona.
Font: Catálogo Nacional España, (2020). Elaboració pròpia

A la regió sanitària Barcelona, trobem aproximadament uns 55 centres als quals han pogut atendre parts durant la pandèmia, 31 d'aquests amb utilització pública i 24 d'ells sense concert (privats).

Tipologia de centre	Nº Centres	Nº Llits
Utilització pública	31	12170
Sense concert (Privat)	24	3056
TOTAL	55	15226

Taula 7. Centres d'atenció Regió Sanitària Barcelona
Font: Catálogo Nacional España, (2020). Elaboració pròpia

2. 3. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI:

Les associacions que promouen els drets de la dona intrapart han denunciat un incompliment rellevant d'aquests durant la pandèmia mundial (Federació de Asociaciones de Matronas de España, 2020; El parto es nuestro, 2020). Els drets de la dona durant el procés del part són l'elecció d'aquest, que sigui segur i que sigui respectuós. També inclouen l'acompanyament significatiu durant el tot procés. Moltes dones han informat de conseqüències negatives que s'han desenvolupat al veure's vulnerats aquests drets. Les més predominants són la vulnerabilitat psicològica de la mare i l'entorn, un risc elevat de depressió postpart juntament amb una afectació del vincle materno-infantil i una inestabilitat i un desenvolupament diferent de rols en la parella (Cohen et al., 2020). Per exemple, l'associació "El Parto es Nuestro" ha redactat un manifest i ha denunciat judicialment la vulneració del dret d'estar acompanyada significativament durant el procés del part en alguns hospitals d'Espanya (El Parto es Nuestro, 2020). D'altra banda, la Federació d'Associacions de Matronas d'Espanya [FAME] va realitzar un comunicat de premsa per declarar que "en moments de crisi com aquests, les matrones defensaran els drets de les dones, i que les dificultats i la por no han de fer perdre lo humà" (FAME, 2020). En definitiva, s'han estat posant sobre la taula qüestions tan importants com l'adequació de l'equilibri entre el control d'infeccions i el procés de la maternitat i el part.

La COVID-19 ha estat i actualment és una patologia que preocupa a tota la població. A causa de la transmissió del SARS-CoV-2, que és per contacte i gotes, s'han plantejat moltes mesures restrictives en l'assistència de les persones en els centres de salut. A més, s'hi suma l'alta pressió assistencial a causa d'un índex molt elevat de casos i la gravetat d'aquests. Segons Sánchez (2020), el procés de part de les dones s'ha vist negativament influenciat per les limitacions que s'han adoptat durant la pandèmia, exposant-les a riscos innecessaris tant a elles com als nounats.

La pandèmia ha estat un moment d'emergència assistencial en molts hospitals. Aquests, han adoptat protocols propis d'actuació en el part, sense seguir les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ni el Ministeri de Sanitat d'Espanya. A l'inici de la pandèmia hi va haver una falta de protocols estandarditzats, els hospitals actuaven segons els seus criteris, i totes les restriccions van proporcionar un clima d'incertesa a causa de la falta d'informació, "provocant incomoditats que han disminuït la qualitat assistencial de la sanitat pública, estimulant que les dones es dirigeixin a la privada" (Sánchez, 2020: §. 5; veure també Ayers et al., 2021). Això podria provocar una esclatxa de desigualtat d'atenció assistencial: no accés als serveis per famílies amb pocs recursos i accés per aquelles amb recursos econòmics que assisteixen a la sanitat privada.

La impossibilitat de realitzar una cerca de tots i cada un dels protocols dels Hospitals de Catalunya per poder determinar si contemplaven el dret de l'acompanyament significatiu intrapart, així com l'existència de controvèrsia alhora mantenir els drets de les dones durant el part arreu del món, (Fumagalli et al., 2021; Cohen et al., 2020), ens van fer plantejar les limitacions i les dificultats que han presentat les dones en el seu part. A més, al ser un tema actual i que preocupa a les dones de Catalunya, ja que encara

estem en un moment de fragilitat en l'assistència, **la pregunta d'estudi del projecte va encaminada a explorar les experiències de les dones durant el procés de part a Catalunya durant la pandèmia i, concretament, si s'ha vulnerat el seu dret a l'acompanyament inintermitent.**

Més concretament, i tenint en compte que la tipologia de part menys acompanyada a Espanya és la cesària (Alonso Arana, et al., 2022), es vol analitzar, en primer lloc, si durant la pandèmia hi ha hagut el mateix patró en el context català. En segon lloc, tenint en compte el clima d'incertesa per les dones a l'hora d'anar als centres a donar a llum i la seva por a no poder estar acompanyades durant el procés del part i/o que les separessin del nou-nat, moltes poden haver-se dirigit a l'atenció privada amb l'expectativa que no hi hagués restriccions tan marcades (Ayers, et al., 2021). Això ha fet interrogar-nos sobre el grau de permeabilitat de l'acompanyament significatiu continu i intrapart en l'atenció privada vers l'atenció pública. En tercer i darrer lloc, tal i com explica Cohen et al. (2020), en els territoris amb índex de transmissió més elevats hi ha hagut moltes restriccions alhora del part i el puerperi immediat, per tant, considero que és rellevant preguntar-se si a les àrees metropolitanes- on, segons el CatSalut (2021) l'índex de contagi és més elevat- hi ha hagut menys acompanyament significatiu que a pobles o municipis més petits i índexs de contagi més baixos. És per això que en el present estudi indaguem també sobre el paper que ha tingut el territori- analitzat en funció de regions sanitàries- en l'accés de les dones a tenir un acompanyant durant el part i, per tant, en la conservació dels seus drets.

3. OBJECTIUS:

3.1. GENERAL:

- Analitzar l'impacte de la pandèmia de la COVID-19 en la capacitat de les dones de donar a llum amb acompanyament significatiu a Catalunya.

3.2. ESPECÍFICS:

-Comparar les mesures restrictives d'acompanyament significatiu durant el part en l'assistència pública i assistència privada a Catalunya.

-Comparar l'impediment de l'acompanyament significatiu durant el procés del part en el territori català, segons regió sanitària.

-Distingir l'acompanyament significatiu entre les tipologies de part durant la pandèmia COVID-19, a Catalunya.

4. HIPÒTESIS:

4.1 GENERAL:

La gestió de la pandèmia de la COVID-19 ha tingut un impacte negatiu en la capacitat de les dones de parir acompanyades per la persona significativa triada per elles.

4.2. ESPECÍFIQUES:

1. La gestió de la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en major mesura durant la primera onada que en onades posteriors.

2. La gestió de la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en major mesura entre les dones que han parit per cesària.

3. La gestió de la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en menor mesura en el sistema privat de salut que en el sistema públic de salut

4. La gestió de la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en major mesura en les regions sanitàries metropolitanes.

5. METODOLOGIA:

La metodologia utilitzada en aquest estudi està basada en una cerca qualitativa per l'anàlisi previ de dades i coneixements sobre el tema preestablert. Seguidament s'ha realitzat una recerca quantitativa fonamentada en la recollida de dades. Aquesta, ha estat realitzada a partir d'una enquesta proposada a dones que han estat embarassades de l'1 de gener del 2018 fins a setembre del 2021 en el territori Català.

La fase de recollida de dades es va donar durant els mesos de juliol, agost i setembre de 2021. El qüestionari de l'enquesta es va difondre en línia en català, castellà i anglès. Aquest va estar distribuït per xarxes socials, duent a terme accions específiques de difusió en mitjans de comunicació locals i/o vinculats amb la temàtica. El total de les respostes que es van obtenir va ser 2.600, de les quals 2.070 es van considerar vàlides: 1.862 grup diana (parts durant la pandèmia) i 208 grup control (parts entre l'1 de gener de 2018 i l'inici de la pandèmia).

Mostra:

La mostra ha inclòs dones que viuen a Catalunya i que han estat embarassades de l'1 de gener del 2018 fins a setembre del 2021 en el territori català. El grup diana són les dones amb una experiència de part posterior al 13 de Març del 2020 (quan s'estableix la pandèmia mundial i el primer estat d'alarma a l'Estat espanyol). El grup control, en canvi, són les dones que han tingut una experiència de part anterior al 13 de Març del 2020 i posterior al 1 de gener de 2018. La grandària de la mostra ofereix un marge d'error del $\pm 2,3\%$ per a un 95,5% de confiança i escenari de màxima indeterminació.

L'anàlisi comparada de les característiques sociodemogràfiques de la mostra amb l'Estadística de Naixements publicada per l'Institut Català d'Estadística (dades 2017 i 2020) apunta a un biaix en el nivell d'estudis de les participants en l'enquesta, les quals presenten un nivell d'instrucció notablement més elevat que el conjunt de dones embarassades a Catalunya en els últims anys. Amb això, i partint de les estadístiques oficials, s'ha procedit a la ponderació de la mostra amb la finalitat de reajustar aquest biaix.

Criteris d'inclusió i exclusió:

Inclusió:

- Dones que han donat a llum entre l'1 de gener de 2018 fins l'octubre de 2021.
- Dones que hagin tingut el seguiment de l'embaràs i el part en el territori català.

Exclusió:

- Dones amb la finalització del part abans de l'1 de gener de 2018 i posterior a l'octubre de 2021.
- Dones que no han parit al territori català.

Variables:

Les variables d'aquest estudi han estat les següents:

Variable depenent: Acompanyament en el part d'una persona significativa escollida per la dona

Variables independents: Territori (regions sanitàries de Catalunya), tipologia de part (part vaginal o per cesària), sistema de salut (públic o privat) i motius de no acompanyament per sistemes de salut i regions sanitàries.

S'han realitzat diversos encreuaments dels quals s'han obtingut dades que posteriorment han estat analitzades. Aquests encreuaments han consistit en: (1) l'acompanyament al part del grup diana en comparació amb el grup control (context pre-pandèmic en vers pandèmia), (2) l'acompanyament al part relacionat amb la tipologia de part (part vaginal en vers part per cesària), (3) l'acompanyament al part segons el territori (Regions Sanitàries del sistema de salut català), (4) l'acompanyament al part segons el sistema de salut (públic en vers privat) i (5) la tipologia de part comparada en les diferents regions sanitàries. A més s'han analitzat els motius de no acompanyament en les regions sanitàries i en el sistema públic i privat. També, finalment, s'han realitzat 2 encreuaments amb 3 variables: (6) l'acompanyament segons tipologia de part i sistema de salut i (7) l'acompanyament segons regió sanitària i sistema de salut.

Aspectes ètics:

En aquest estudi es contempla i s'usa la Llei Orgànica 3/2018, en la que es promou la protecció de dades personals i es garanteixen els drets digitals. Aquesta inclou que les dades que s'han recollit en aquest estudi seran exclusivament utilitzades per la realització d'aquest. També, es comprèn l'anonimat de la persona, englobant la confidencialitat i intimitat. Això s'ha pogut portar a terme, ja que el qüestionari és anònim. Les dades s'han emparat amb la finalitat acordada, per la investigació en curs i les persones que poden treballar amb elles són les que formen part d'aquest projecte.

En aquest estudi, es garanteixen els criteris ètics d'investigació, ja que ha estat revisat i aprovat pel Comitè d'Ètica de la Universitat de Vic.

6. RESULTATS:

L'acompanyament significatiu en tot moment del part ha disminuït durant la pandèmia de COVID-19 a Catalunya, encara que ho fa molt relativament en comparació amb altres indrets d'Europa. Si s'aprofundeix en les diferències per onades de la pandèmia, l'acompanyament en tot moment disminueix respecte al context pre-pandèmic. En les onades posteriors s'incrementa de nou, tot i que no assoleix nivells anteriors a la primera onada. El no acompanyament significatiu en cap moment del part, augmenta durant la primera onada respecte abans de la pandèmia i disminueix en les onades posteriors.

El part per cesària ha estat menys acompanyat en tot moment que el part vaginal. També hi ha hagut més dones amb cesària que han donat a llum soles (no acompanyant en cap moment) que en el part per via vaginal.

No s'observen diferències d'acompanyament entre l'atenció pública i la privada. El motiu de no acompanyament amb més pes és el Protocol de la COVID-19. Les dones que han tingut un part vaginal han estat acompanyades en tot moment de manera molt majoritària en ambdós tipus d'assistència. En canvi, en els casos de part per cesària, les dones han estat molt menys acompanyades en l'àmbit públic que en el privat.

S'observen també importants diferències d'acompanyament en funció del territori que no depenen de la influència que poden haver tingut (per les seves taxes més altes d'incidència acumulada) les regions sanitàries metropolitanes. D'altra banda, el motiu de no acompanyament que cobra més força és el protocol de la COVID-19 i les regions sanitàries amb més cesàries són les que tenen menys acompanyament durant el part.

Finalment, en tot el territori català hi ha més acompanyament en l'àmbit públic excepte en la regió sanitària de Barcelona- i de manera similar a la Catalunya Central-, on l'acompanyament en el sistema privat supera l'acompanyament en el sistema públic.

A continuació es procedeix a aprofundir en l'anàlisi dels resultats de manera desagregada:

6.1. Acompanyament al part de la persona significativa escollida per la dona durant i abans de la pandèmia de la COVID-19:

Tal com es mostra a la Taula 8, la comparativa de l'acompanyament a les dones per part de la persona significativa escollida per elles mateixes durant tot el procés de part entre el context de pandèmia COVID-19 a Catalunya i el context pre-pandèmia mostra que en el primer cas (80,7%) va ser menor que en el segon (86%). Les dades, a més, reflecteixen un 1,2% més de no acompanyament intrapart que abans que s'instaurés l'estat d'alarma. En tercer lloc, són més les dones acompanyades només en algun moment del part després de la declaració del primer estat d'alarma (16,1%) que abans de la pandèmia (11,6%).

		Percentatge vàlid
Grup diana	Si, en tot moment.	80,7%
	Majoritàriament si.	14,2%
	Majoritàriament no.	1,9%
	No, en cap moment.	3,2%
	Total	100,0%
Grup control	Si, en tot moment.	86,0%
	Majoritàriament si.	10,8%
	Majoritàriament no.	1,0%
	No, en cap moment	2,1%
	Total	100,0%

Taula 8. Acompanyament al part significatiu i d'elecció de la dona abans i durant pandèmia COVID-19.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

Així, l'acompanyament al part en tot moment ha disminuït durant la pandèmia de la COVID-19 a Catalunya, encara que ho fa relativament. L'acompanyament parcial durant el part i el no acompanyament augmenten durant la pandèmia. Davant dels resultats obtinguts en la mostra de dones del grup diana i grup control, que reflecteixen una disminució de caràcter limitat en comparació a altres indrets d'Europa, hem decidit afegir una hipòtesi específica per observar més detalladament la diferència en l'acompanyament del part en la primera onada i moments posteriors de la pandèmia.

6.2. Acompanyament significatiu segons moment de pandèmia:

Tal com es pot veure en la Taula 9, abans del primer estat d'alarma a Catalunya, un percentatge molt elevat de dones donava a llum acompanyada (93%). En contrast, amb l'inici de la pandèmia, i amb la declaració del primer estat d'alarma, les dones van veure disminuir l'acompanyament rebut durant el part i només un 74,6% el van tenir durant tot el part. Això significa que durant la pandèmia de la COVID-19 gairebé un 20% menys de dones van rebre acompanyament en tot el procés de part. Dit això, entre la finalització del primer estat d'alarma fins al mes d'octubre de 2021 un 81,4% de les dones van estar acompanyades en tot moment del procés del part. És a dir, si bé el context pandèmic continuava, el percentatge de dones acompanyades en tot moment es va veure incrementat després del primer estat alarma, tot i que no va recuperar els nivells anteriors a l'inici de la pandèmia.

		Percentatge vàlid
Abans 1r Estat d'Alarma	Si, en tot moment.	93,0%
	Majoritàriament si.	7,0%
	Majoritàriament no	0%
	No, en cap moment	0%
	Total	100,0%
Durant el 1r Estat d'Alarma	Sí, en tot moment	74,6%
	Majoritàriament si.	16,4%
	Majoritàriament no.	1,9%
	No, en cap moment	7,1%
	Total	100,0%
Després del 1r Estat d'Alarma	Sí, en tot moment	81,4%
	Majoritàriament si.	14,0%
	Majoritàriament no.	2,0%
	No, en cap moment	2,6%
	Total	100,0%

Taula 9. Acompanyament al part significatiu i d'elecció de la dona segons estat de pandèmia COVID-19

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

Cal destacar també que, abans de l'esclat de la pandèmia, a Catalunya no hi va haver parts sense acompanyament. Totes les dones van tenir acompanyant, o bé en tot moment (93%) o bé gairebé durant tot el part (7%). En canvi, a l'instaurar-se el primer estat d'alarma, va haver dones que no van poder estar acompanyades en cap moment del part (7,1%) i que ho van poder estar en algun moment del part (ja fos gairebé tot el part o bé durant poca estona, 18,3%). A l'acabar el primer estat d'alarma, va augmentar el percentatge de les dones que van estar acompanyades en tot moment (81,4%), tot i que va continuar estant 11 punts per sota del període pre-pandèmic. El fet d'estar gairebé tot el part acompanyades va disminuir lleugerament (14%), mentre que el no estar gairebé acompanyades es va mantenir (2%). L'índex de no acompanyament en cap moment del part va disminuir un 5%, però fins a octubre del 2021 encara hi va haver quasi el 3% de dones que va donar a llum sola.

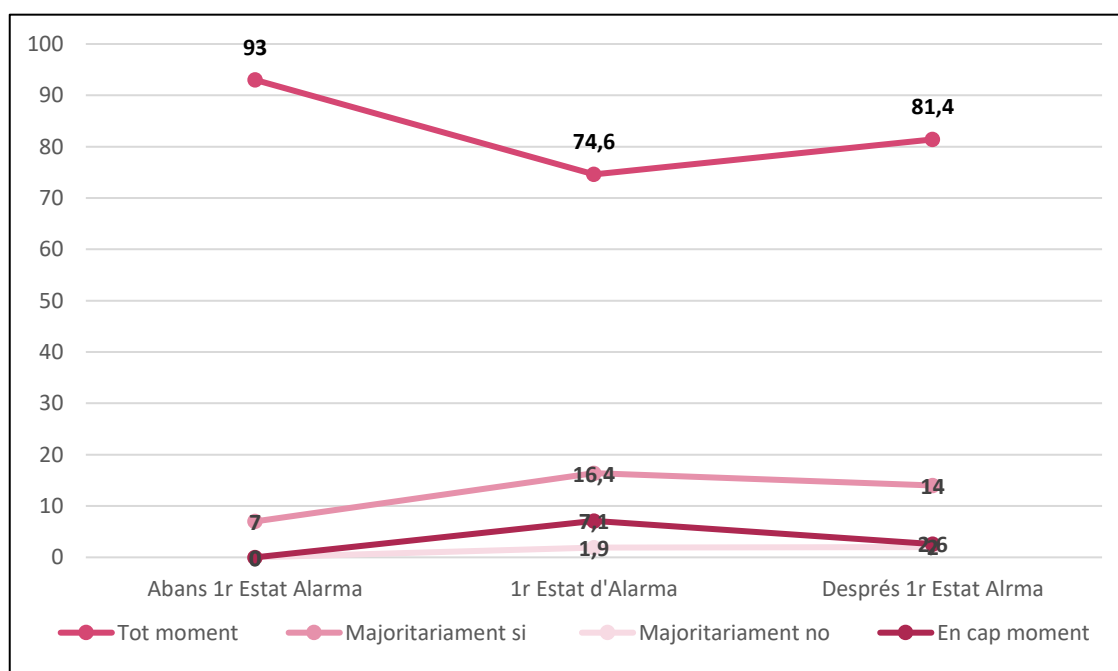


Figura 8. Acompanyament al part significatiu i d'elecció de la dona segons estat de pandèmia COVID-19.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

En conclusió, si s'aprofundeix, un cop es diferencia la primera onada de moments posteriors de la pandèmia, s'observen significatives en l'acompanyament en tot moment, ja que disminueix de manera rellevant respecte al context pre-pandèmic. En les onades posteriors s'incrementa de nou, si bé no assoleixen nivells anteriors al primer estat d'alarma. Si revisem el no acompanyament significatiu en cap moment del part, també es troba un augment important durant la primera onada respecte a abans de la pandèmia i disminueix en les onades posteriors. Per tant, **la primera hipòtesi específica, la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en major mesura durant la primera onada que en onades posteriors, s'accepta.**

6.3. Acompanyament significatiu segons tipus de part durant la pandèmia:

En aquest apartat s'analitza l'acompanyament amb la variable de tipologia de part, és a dir, amb les causes clíniques. Segons les dades recollides en el marc del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya, de les dones que van donar a llum a Catalunya entre la declaració de l'estat d'alarma i l'octubre del 2021, un 82% va tenir part vaginal, i un 18% va tenir un part per cesària.

		Percentatge vàlid
Per Via Vaginal	Si, en tot moment	91,0%
	Majoritàriament si	8,7%
	Majoritàriament no	0,2%
	No, en cap moment	0,0%
	Total	100,0%
Per cesària	Si, en tot moment	36,6%
	Majoritàriament si	37,5%
	Majoritàriament no.	8,9%
	No, en cap moment	17,0%
	Total	100,0%

Taula 10. Acompanyament al part significatiu i d'elecció de la dona segons tipologia de part durant la pandèmia COVID-19. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

Tal com es mostra en la Taula 10, el 91% de les dones que van donar a llum per via vaginal van estar acompanyades durant tot el part, mentre que les dones que van tenir un part per cesària, van estar acompanyades en tot moment només en un 36,6% dels casos. Per tant, l'acompanyament durant el part vaginal és molt major (54,4 punts percentuals més), que en les dones que van donar a llum per cesària.

Aquestes dades es complementen amb les que indiquen que en context de pandèmia no hi va haver dones que tinguessin un part vaginal sense acompanyant en tot moment, mentre que un 17% de les dones que van parir per cesària no van poder estar acompanyades en cap moment de tot el procés. El 46,4% de les dones amb part per cesària, a més, van estar acompanyades en algun moment del procés, essent el 37,5% la majoria del part i el 8,9% en una porció minoritària del part. En canvi, només el 8,9% (o cinc vegades menys) de les dones que van tenir un part per via vaginal, van estar acompanyades en algun moment, essent el 8,7% acompanyades gairebé tot el part i un 0,2% majoritàriament no acompanyades. En definitiva quasi dos terços o 63% de les dones que van tenir una cesària no van estar acompanyades en tot moment i 17% no

van estar-ho en cap moment, mentre que la gran majoria de dones (91%) que van tenir un part vaginal va estar acompanyada en tot moment.

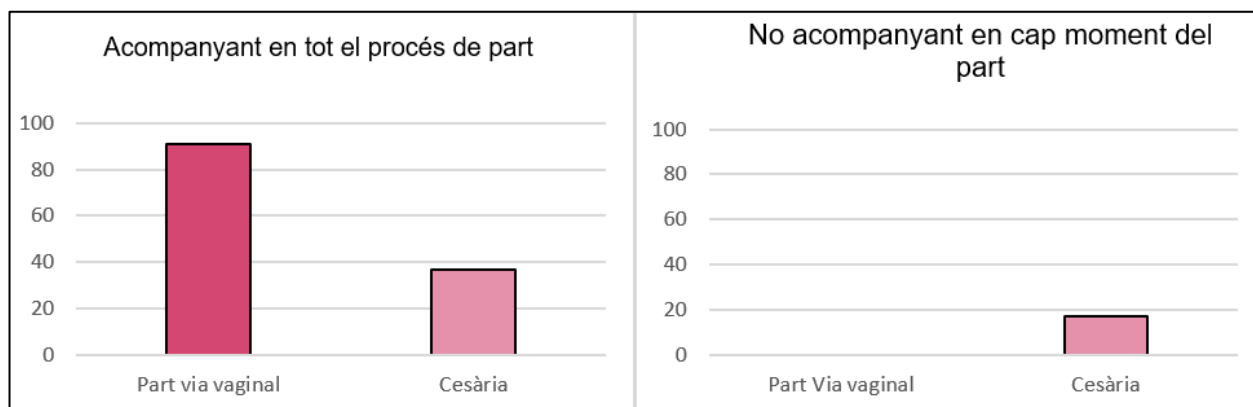


Figura 9. Acompanyament al part significatiu i d'elecció de la dona segons tipologia de part durant la pandèmia COVID-19. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

En resum, el part per cesària ha estat molt menys acompanyat en tot moment que el part vaginal. També hi ha hagut més dones amb part per cesària que han donat a llum soles (no acompanyament en cap moment) que en el part per via vaginal. Per tant, **la segona hipòtesi específica, la pandèmia de la COVID1-9 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en major mesura entre les dones que han parit per cesària, s'accepta.**

6.4. Acompanyament significatiu segons tipus d'assistència:

La tercera hipòtesi específica, la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en menor mesura en el sistema privat de salut que en el sistema públic de salut, s'ha pogut analitzar amb l'encreuament de les variables acompanyament significatiu al part i àmbit d'assistència.

A Catalunya l'assistència sanitària pot ser pública o privada i les dones poden dur a terme el seu part en una de les dues¹. Durant la pandèmia COVID-19, han estat més dones que han escollit donar a llum a l'àmbit públic que al privat. Segons les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya, en el sector públic es va fer seguiment a un total de 1.376 dones (76,2%) i en el sector privat a 429 (22,8%).

¹ En l'enquesta, també s'hi contemplen altres serveis a on les dones podien anar a donar a llum, encara que en els resultats, ens focalitzem amb els dos grans grups d'assistència a Catalunya que han tingut resposta durant la pandèmia.

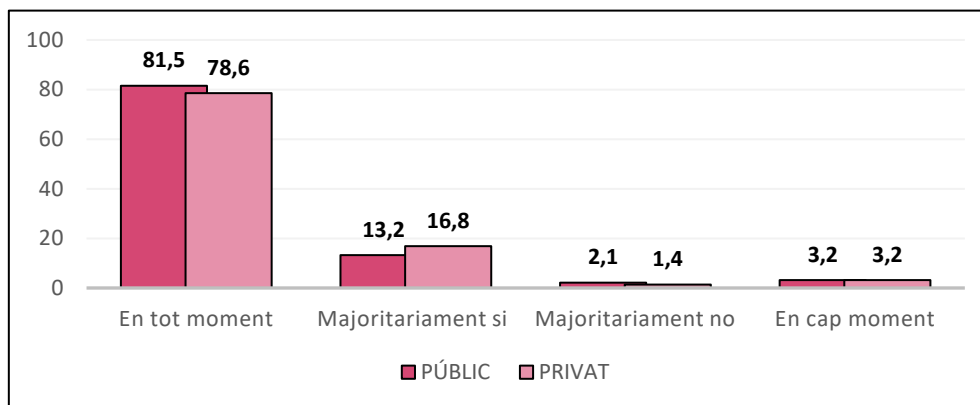


Figura 10. Acompanyament al part significatiu i d'elecció de la dona segons tipus d'assistència durant pandèmia COVID-19. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

En la Figura 10 es pot veure que les dones van estar lleugerament més acompanyades durant tot el part en l'àmbit públic (81,5%) que en centres privats (78,6%). En canvi, en l'assistència privada va ser més elevat el percentatge d'acompanyament gairebé en tot el part (16,8%) que en la pública (13,2%). S'observa, a més, que durant la pandèmia hi va haver el mateix índex de no acompanyament en l'àmbit públic que en l'àmbit privat (3,2%).

Tal com podem veure en la Figura 11, quan ens interroguem sobre els motius de la falta d'acompanyament significatiu intrapart trobem que, en els serveis de salut privats més de la meitat de les dones (50,8%) no va tenir acompanyament a causa del Protocol de la COVID-19. En el sistema públic de salut aquesta xifra és bastant similar (49%). El segon motiu més predominant de no acompanyament és ALTRES, tant en el sistema públic (37,3%) com en el privat (33,3%). Aquesta opció dins l'enquesta era una resposta tancada, sense possibilitat d'explicació, per tant no es poden determinar els motius específics. S'observa, també, que en els centres privats, a un 9,9% de dones no se'ls va especificar el motiu mentre que en centres públics un 7,6%.

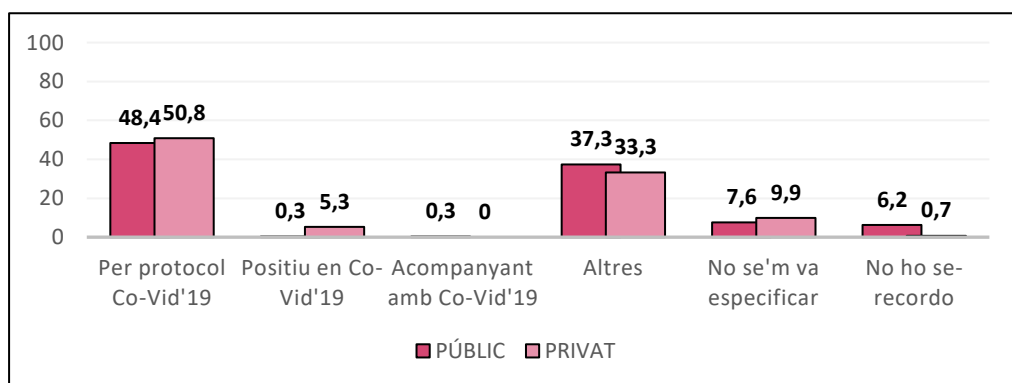


Figura 11. Motius de no acompanyament significatiu i d'elecció de la dona segons tipus d'assistència durant la pandèmia COVID-19. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

En resum, no hi ha diferències significatives en l'acompanyament al part entre l'atenció pública i privada i el motiu de no acompanyament amb més pes és el Protocol de la COVID-19 en tots dos casos. Per aquest motiu, **no s'accepta la hipòtesi específica la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en menor mesura en el sistema privat de salut que en el sistema públic de salut.** Havent observat aquests resultats, s'ha decidit realitzar un altre encreuament en el que s'analitzen simultàniament tres variables (l'acompanyament al part amb sistema públic i privat i tipologia de part) per tornar a testar aquesta hipòtesi específica.

6.5. Acompanyament significatiu segons àmbit d'assistència i tipologia de part:

Tal com es pot veure en la Taula 11, la gran majoria de dones que van donar llum en l'àmbit públic, van tenir un part via vaginal (86,1%) i només el 13,9% ho van fer per cesària. D'altra banda, de les parteres que van escollir donar a llum en l'àmbit privat, un 69,8% ho va fer per via vaginal i el 30,2% ho van fer per cesària.

	Tipologia de part	
	Part Vaginal	Cesària
Assistència Pública	86'1%	13'9%
Assistència Privada	69'8%	30'2%

Taula 11. Parts en cada nivell d'assistència durant la pandèmia COVID-19. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

La Taula 12 mostra que les dones que van parir per via vaginal al sistema públic de salut van estar acompanyades en tot moment en menor mesura que a l'àmbit privat, tot i que la diferència és molt petita (0,4%). L'índex de no acompanyament en el part vaginal és pràcticament igual en ambdós àmbits i el fet d'estar acompanyada en algun moment del part en els dos àmbits només varia en un 0,2%. En resum, les dones que van tenir un part vaginal van estar acompanyades en tot moment de manera molt majoritària (aproximadament un 91%) en ambdós tipus d'assistència.

Tipologia de Part	Àmbit Assistència	Acompanyament			
		En tot moment	Majoritàriament Si	Majoritàriament No	En cap moment
Part Vaginal	Públic	90'9%	8'8%	0'2%	0'1%
	Privat	91'3%	8'5%	0'2%	0%
Cesària	Públic	27'1%	38'4%	12'8%	21'8%
	Privat	49'2%	36'5%	3'8%	10'6%

Taula 12. Acompanyament segons tipologia de part i segons nivell d'assistència durant la pandèmia COVID-19. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

En canvi, quan analitzem les dades de la mostra de dones de Catalunya que van tenir un part per cesària durant la pandèmia, observem que, en l'àmbit públic, només un 27% de les dones van poder estar acompanyades en tot moment, mentre que en l'atenció privada gairebé la meitat de les dones van poder-ho estar en tot moment. Una cinquena part de les dones amb part per cesària que va donar a llum en centres públics ho va fer sense acompanyant, mentre que en els centres privats les dones que van parir per

cesària sense acompanyament es van reduir a la meitat (10,6%) respecte als centres públics. En ambdós tipus d'assistència els percentatges d'acompanyament en algun moment del part van estar més elevats, tot i que en el sistema públic és on hi ha els percentatges més elevats, ja que la cesària és la tipologia de part on les dones van estar menys acompanyades en tot moment.

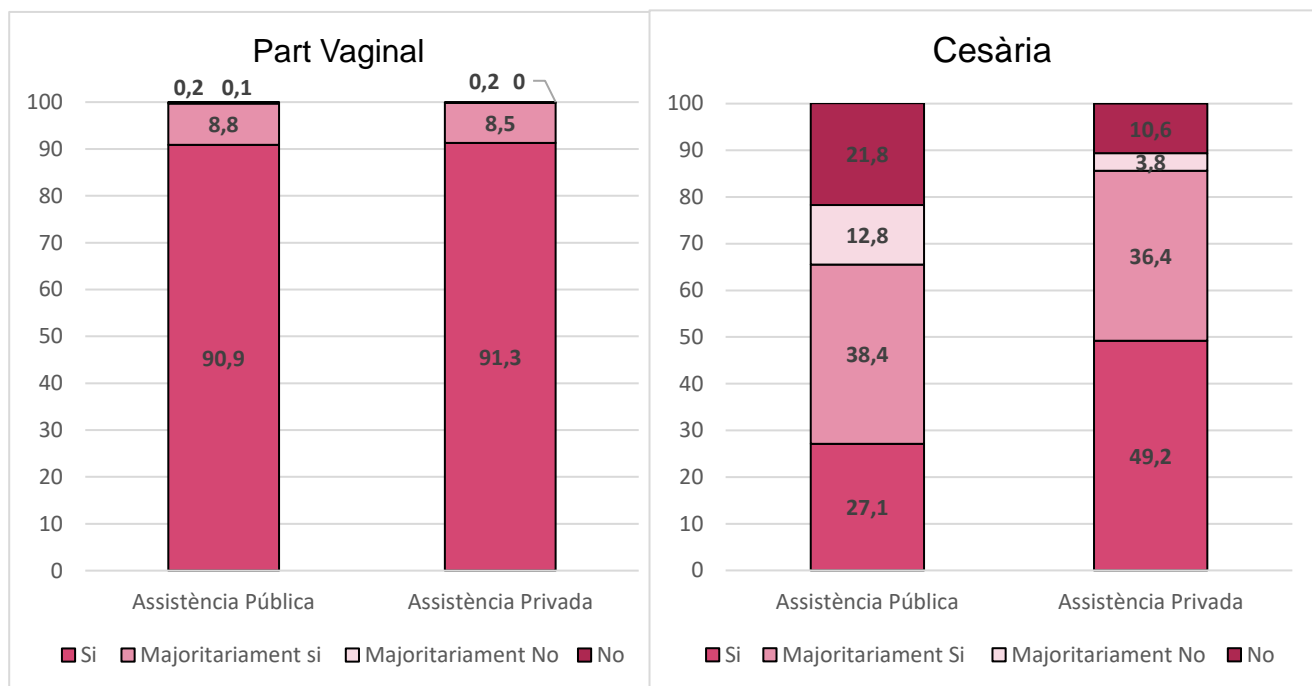


Figura 12. Comparativa d'acompanyament segons tipologia de part i segons àmbit d'assistència.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

En resum, l'encreuament d'acompanyament, tipus d'atenció i tipus de part mostra una variació important en donar a llum en l'àmbit públic o privat i la **hipòtesi específica**, *la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en menor mesura en el sistema privat de salut que en el sistema públic de salut, s'accepta quan es pren en consideració la variable de tipus de part.*

6.6 Acompanyament significatiu segons Regió Sanitària:

La nostra última hipòtesi específica proposada és que la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en major mesura en les regions sanitàries metropolitanas com a resultat de les majors incidències de la malaltia, per tant, del risc de contagi. A partir d'aquesta hipòtesi, hem realitzat l'encreuament entre les dades d'acompanyament i territori (regions sanitàries).

Les regions sanitàries amb més acompanyament significatiu escollit per la dona durant tot el part són el Camp de Tarragona (91,8%) i Lleida (91,7%). Seguidament, trobem la província del Barcelona amb les regions sanitàries de la Catalunya Central (88,2%) i Barcelona (81,1%). A continuació, hi ha la regió de l'Alt Pirineu i Terres de l'Ebre amb un 78,2% i 70,3% respectivament, en darrer lloc, la regió sanitària de Girona, amb només un 58,7%.

D'altra banda, la distribució de major a menor de les dades de no acompanyament és la següent: Terres de l'Ebre (14%), Alt Pirineu (13,4%) i Girona (9%), seguides per Camp de Tarragona (2,8%) i Lleida (2,4%). A la província del Barcelona hi trobem el percentatge més baix de no acompanyament, amb la regió sanitària de Barcelona amb un 1,7% i Catalunya Central amb un 1,3%.

Regió Sanitària	Acompanyament	Percentatge Vàlid
Alt Pirineu i Aran.	Si, en tot moment	78,2%
	Majoritàriament si.	4,2%
	Majoritàriament no	4,2%
	No, en cap moment.	13,4%
	Total	100,0%
Barcelona.	Sí, en tot moment	81,0%
	Majoritàriament si.	16,5%
	Majoritàriament no.	0,9%
	No, en cap moment.	1,7%
	Total	100,0%
Camp de Tarragona.	Si, en tot moment	91,8%
	Majoritàriament si.	4,6%
	Majoritàriament no.	0,7%
	No, en cap moment.	2,8%
	Total	100,0%
Catalunya Central.	Si, en tot moment	88,2%
	Majoritàriament si.	9,5%
	Majoritàriament no.	0,9%
	No, en cap moment	1,3%
	Total	100,0%
Girona.	Si, en tot moment	58,7%
	Majoritàriament si.	24,4%
	Majoritàriament no.	7,9%
	No, en cap moment.	9,0%
	Total	100,0%
Lleida.	Si, en tot moment.	91,7%
	Majoritàriament si.	4,8%
	Majoritàriament no.	1,2%
	No, en cap moment.	2,4%
	Total	100,0%
Terres de l'Ebre.	Si, en tot moment	70,3%
	Majoritàriament si.	15,6%
	No, en cap moment.	14%
	Total	100,0%

Taula 13. Acompanyament significatiu segons Regió Sanitària.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

S'observa que Girona és la regió sanitària on el percentatge de dones que van parir menys acompanyades és el més elevat, ja que presenta els percentatges més baixos d'acompanyament en tot moment i el tercer més alt de cap acompanyament o d'un acompanyament en proporcions minoritàries del part (Veure Figures 12 i 14).

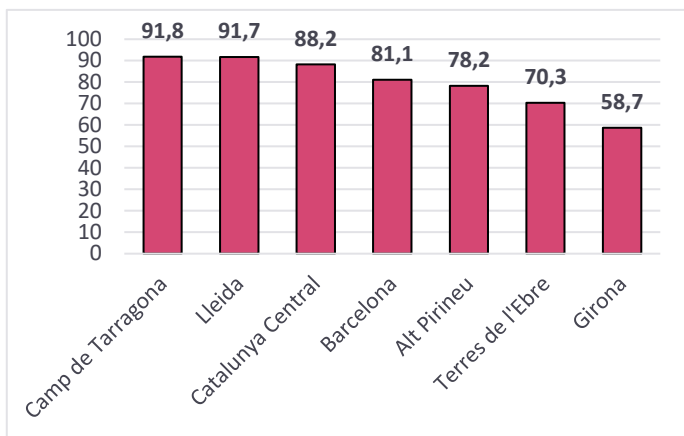


Figura 13. Acompanyament en tot moment segons Regió Sanitària.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació

Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

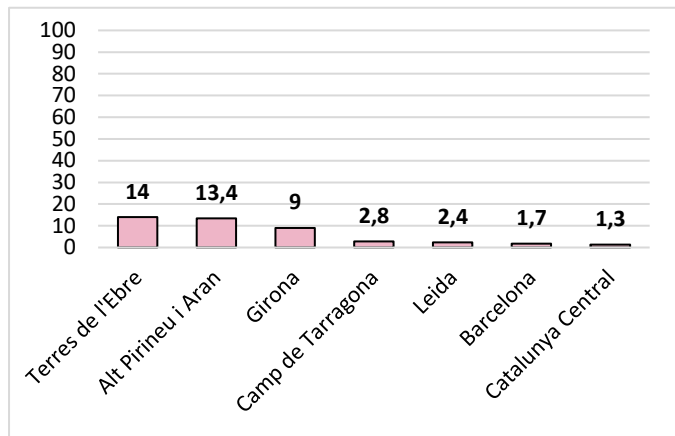


Figura 14. No acompanyament en cap moment segons Regió Sanitària.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació

Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

A les Figures 13 i 14, s'observen les tendències de l'acompanyament en les diferents regions sanitàries, tant en tot moment del part, com en cap moment del part.

Anteriorment en Figura 11 s'han reflectit els percentatges dels motius de no acompanyament en l'àmbit públic i privat. De manera similar, en la Figura 15 es recullen els resultats dels motius de no acompanyament en les diferents regions sanitàries amb l'objectiu de comprovar si els motius de no acompanyament en les diferents regions sanitàries responen a restriccions resultants de la pandèmia o a altres raons.

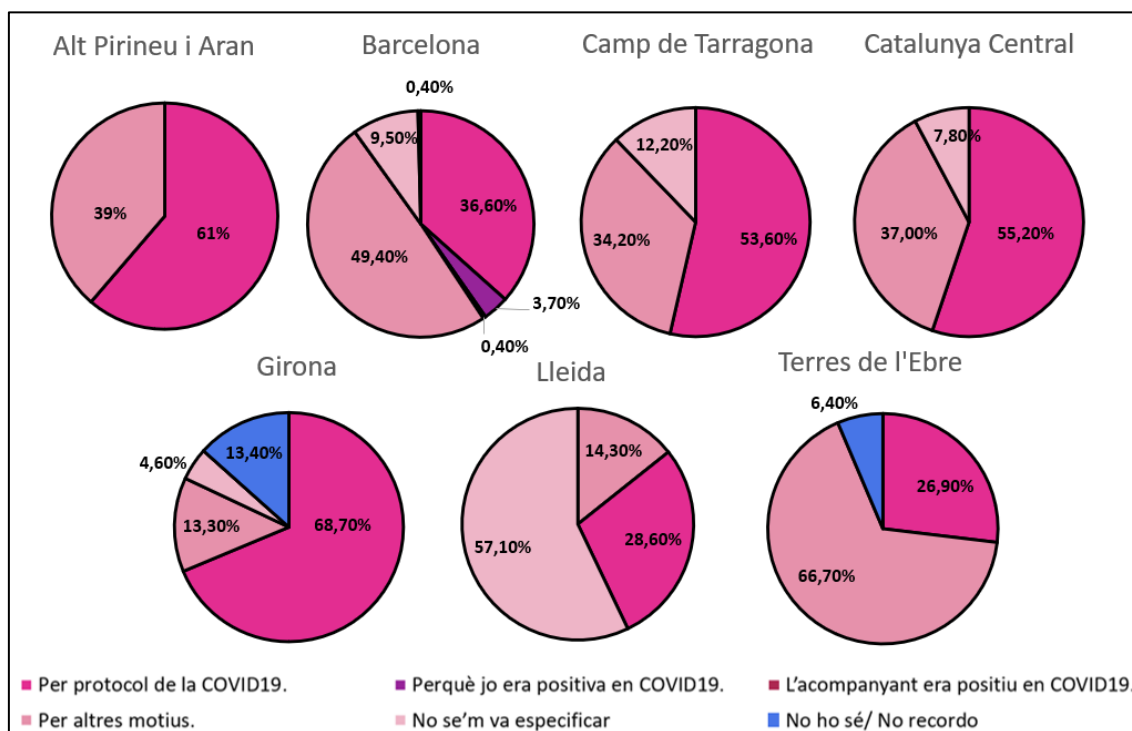


Figura 15. Motius de no acompanyament en les diferents Regions Sanitàries. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

La Figura 15 mostra que el protocol de la COVID-19 és el motiu majoritari en les regions sanitàries de Girona (68,70%), Alt Pirineu i Aran (61%), Catalunya Central (55,20%) i Camp de Tarragona (53,60%). En les regions sanitàries de Terres de l'Ebre (66,70%) i Barcelona (49,40%) el motiu més repetit és per ALTRES motius, amb el qual no es pot aprofundir, ja que no disposem dels motius específics. Lleida és l'única regió sanitària que obté com a motiu principal de no acompanyament: "No se'm va especificar", amb un 57,10%. D'altra banda, Barcelona és l'única regió sanitària que presenta totes les modalitats de motius de no acompanyament. Els tres motius principals de no acompanyament en el territori català són per Protocol de la COVID-19 Altres motius i No se'm va especificar, que coincideixen amb els motius exposats anteriorment a la Figura 11 segons l'àmbit d'atenció.

Els resultats obtinguts indiquen variacions territorials importants, encara que no responen a àrees metropolitanes (en clau de regions que tenen capital de província i àrees menys centralitzades o més rurals). Per tant, la nostra **hipòtesi específica**, *la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en major mesura en les regions sanitàries metropolitanes, no s'accepta totalment*.

Vist això, es realitza un encreuament amb altres variables per poder desgranar els resultats, concretament la tipologia de part juntament amb la regió sanitària per poder trobar una explicació a les variacions territorials en l'acompanyament.

6.7 Tipologia de Part segons Regió Sanitària:

Ja que anteriorment s'ha detectat una diferència important en relació a tipologia de part segons àmbit d'assistència, es decideix realitzar un encreuament entre regió sanitària i tipus de part.

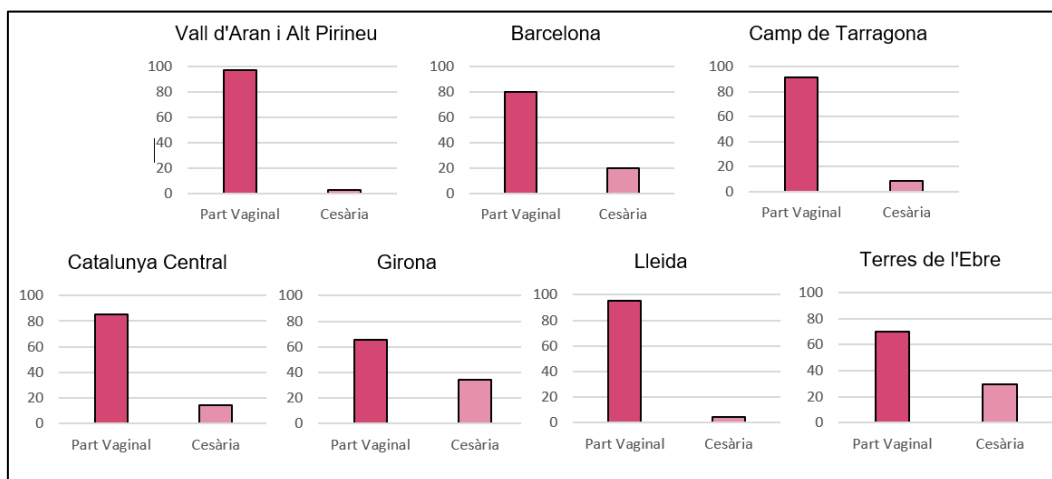


Figura 16. Tipologia de part segons Regió Sanitària durant la pandèmia. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya.

La figura 16 mostra diferències en la finalització del part durant la pandèmia en funció de les diferents regions sanitàries de Catalunya. Les regions sanitàries de Vall d'Aran i Alt Pirineu (97,2%), Lleida(95,2%) i Camp de Tarragona (91,3%) van ser on es van donar

més parts per via vaginal, amb més d'un 90%. A continuació trobem la Catalunya Central (85,6%) i Barcelona (80,3%), amb un índex de part vaginal superior al 80%, mentre que Terres de l'Ebre i Girona, van ser les regions sanitàries amb un índex més baix de part via vaginal, amb un 70,3% i un 65,5% respectivament. També van ser les regions sanitàries amb més pràctica de cesàries, al voltant d'un 30%.

S'observa un efecte mirall entre les dades d'acompanyament i el tipus de part. És a dir, depenent del tipus de part hi ha hagut més o menys acompanyament en les diferents regions sanitàries.

Després d'encreuar la tipologia de part, que pot explicar l'acompanyament en les regions sanitàries, es decideix realitzar l'encreuament entre regió sanitària amb àmbit d'assistència.

6.8. Acompanyament significatiu segons Regió Sanitària i àmbit d'assistència:

En la Figura 17 es pot observar que un 77,2% de les dones de l'Alt Pirineu i Aran que van donar a llum durant la pandèmia COVID-19 en l'assistència pública van estar acompanyades en tot moment. Pel que fa a l'Assistència privada, no tenim respostes sobre l'acompanyament en aquesta regió.

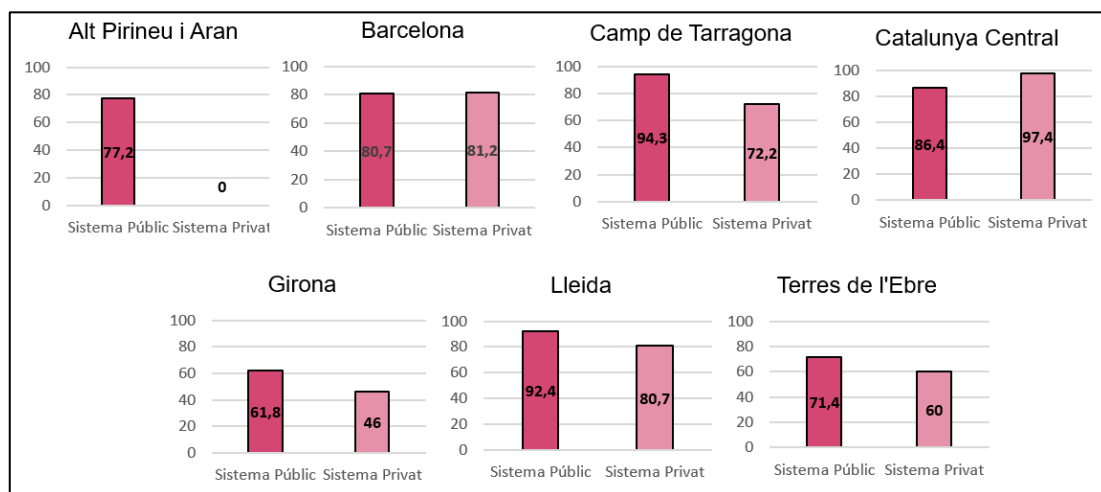


Figura 17. Comparativa d'acompanyament significatiu durant tot el part segons Regió Sanitària i àmbit d'assistència. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del projecte d'investigació Drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia: maternitat i COVID-19 a Catalunya

A la regió de Barcelona, es pot observar que hi ha pràcticament el mateix percentatge d'acompanyament en tot el part, tant a l'àmbit públic (80,7%) com a l'àmbit privat (81,2%). En les regions sanitàries de Camp de Tarragona, Lleida, les Terres de l'Ebre i Girona, hi ha una diferència considerable (aproximadament 15%) entre el nivell d'atenció públic i privat. Al Camp de Tarragona, el sistema públic obté un percentatge d'acompanyament del 94,3%, el més alt de tots i més de vint punts percentuals superior a l'acompanyament en el sistema privat al mateix territori. Girona és la regió sanitària que menys acompanyament té al sistema públic (61,8%) i al privat (46%). Per últim, la Catalunya Central és l'única regió sanitària en què hi ha més acompanyament en tot el procés de donar a llum en l'àmbit privat (97,4%) que en l'àmbit públic (86,4%).

7. DISCUSSIÓ:

L'objecte de l'estudi del Treball de Fi de Grau ha estat determinar si la pandèmia de la COVID-19 ha tingut un impacte negatiu en la capacitat de les dones de parir acompanyades per la persona significativa escollida per elles. Tal com s'ha mostrat en la secció de resultats, podem concloure que, com a resultat de la pandèmia, es va donar una disminució d'aquest acompanyament, particularment durant la primera onada. Les dades del nostre estudi, de fet, apunten a una disminució de l'índex d'acompanyament durant aquesta onada i respecte al període pre-pandèmic del 20%. La pandèmia, en aquest sentit, va afectar de manera significativa i negativament la capacitat de les dones de donar a llum acompanyades. El nostre estudi es troba en concordança amb el comunicat emès per l'Associació "El Parto es Nuestro" el 5 d'abril de 2020, en el que s'afirmava que moltes dones estaven perdent el dret a estar acompanyades durant el part (El Parto es Nuestro, 2020). Estem, doncs, davant una incapacitat per part del sistema sanitari català de combinar els drets de les dones embarassades, parteres i puèrperes, d'una banda, i el control de les infeccions en els centres assistencials, de l'altra. Aquesta impossibilitat de gestió ho ha pogut resultar del desconeixement del virus i la poca informació disponible sobre el mateix a l'inici de la pandèmia.

Dit això, la comparació de les dades del nostre estudi amb la literatura existent sobre la temàtica mostra que la pèrdua d'acompanyament significatiu durant el part que van patir les dones a Catalunya durant la primera onada de la pandèmia és menor que en altres contextos. Segons Lazzerini et al. (2021), un 62% de les dones europees no van tenir acompanyant significatiu escollit per elles mentre donaven a llum durant l'inici de la pandèmia.

D'altra banda, a mesura que va avançar la pandèmia, i de manera paral·lela a l'aparició d'estudis i protocols d'organitzacions dedicades a la investigació de la COVID-19 i com procedir-hi, a Catalunya es va tornar a incrementar l'acompanyament durant el part. Aquest increment de l'acompanyament en posteriors onades de la pandèmia també es podria explicar per les denúncies dutes a terme per dones pel que va significar per a elles donar a llum soles, així com la reivindicació dels seus drets mitjançant associacions treballant pel part humanitzat (Soler, 2022). Cal destacar, tanmateix, que l'acompanyament significatiu al part en els casos de les dones positives en COVID-19 se situa en 20 punts inferiors a l'acompanyament de dones negatives (Ezquerria et al, 2022).

En conseqüència, la hipòtesi general del nostre estudi sobre l'impacte de la pandèmia en la capacitat de les dones de parir acompanyades s'accepta i adopta particular força si es complementa amb la subhipòtesi específica centrada en una major influència de la primera onada que les onades posteriors, ja que va ser la primera onada on realment es veuen diferències més significatives en la pèrdua d'acompanyants per part de les dones en el moment del part.

La nostra investigació també ha inclòs la hipòtesi específica d'un major impacte negatiu de la pandèmia en l'acompanyament en parts per cesària que en els parts vaginals. A Catalunya, moltes de les dones que van donar a llum per via vaginal van estar acompanyades o bé en tot moment o en algun moment del part. Això suposa un índex

d'acompanyament molt alt en comparació a les cesàries. Hi va haver parteres amb cesària que durant la pandèmia no van poder estar acompanyades en cap moment del part. En aquest sentit, si bé estudis a escala europea han conclòs que durant la pandèmia s'han induït molts parts, s'han provocat moltes cesàries, i s'ha prohibit a moltes dones l'acompanyant significatiu (Jurgiel et al., 2022; EPEN, 2020), no s'ha pogut trobar literatura que distingeixi la tipologia de part comparant-la amb l'índex d'acompanyament significatiu durant la pandèmia.

La raó que les cesàries hagin estat el tipus de part menys acompanyat pot ser que abans de la pandèmia ja eren la tipologia de part en què les dones donaven a llum més soles a Espanya (Alonso et al., 2022). Així, la pandèmia, hauria incrementat el percentatge de dones que han donat a llum per cesària menys acompanyades. Per tant, s'accepta la nostra hipòtesi específica, durant la pandèmia a Catalunya, les dones amb cesària han perdut la capacitat de parir acompanyades.

La tercera hipòtesi específica de la investigació ha estat que la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït la capacitat de les dones de parir acompanyades en menor mesura en el sistema privat de salut que en el sistema públic. S'ha analitzat quin tipus d'assistència ha permès més acompanyament a la dona durant el part. Segons els resultats, a l'assistència de caràcter públic hi ha hagut més acompanyament en tot el part que en l'àmbit privat, si bé cal aclarir que han estat moltes més dones les que han donat a llum en la sanitat pública en comparació amb la privada. En ambdós tipus de sanitat hi ha hagut el mateix baix índex de no acompanyament. En general, no s'han trobat diferències significatives en l'acompanyament al part segons l'àmbit d'assistència.

Dels motius de no acompanyament tant en l'àmbit públic com el privat el més freqüent han estat els protocols de la COVID-19. Tanmateix, les guies d'actuació i el document tècnic de maneig de l'embarassada i nuntat amb COVID-19 (Ministeri de Sanitat d'Espanya, 2020; OMS, 2020) realitzades al març del 2020 van establir que, si les circumstàncies ho permetien, hi havia d'haver acompanyant significatiu al part. Per tant, s'hauria d'investigar quins protocols seguien els centres, públics i privats per no permetre l'acompanyant si les recomanacions dels organismes competents eren afavorir-lo. Cal destacar també que a un nombre important de dones (9,9% en l'àmbit privat i 7,6% al públic) no se'ls va especificar el motiu de no poder estar acompanyades, quan realment aquesta informació és un dret que tenen que, a més, segons l'OMS (2018), és necessari i beneficiós.

Des del nostre punt de vista, el fet de no informar a les dones de les raons per les quals no permeten entrar a l'acompanyant significatiu que ha escollit també pot constituir violència obstètrica. Mena (2021), explica que la pèrdua d'autonomia i les pràctiques en què no es respecten les decisions i els drets de les dones són la base de la violència obstètrica. Per tant, la vulneració de dret a informació o omissió d'aquesta sobre la seva salut que tenen les parteres i el seu entorn pot constituir violència obstètrica psíquica (Cuevas, 2018).

Per altra banda, segons l'Organització Mundial de la Salut (2020) (com es va citar a Federació de Asociaciones de Matronas de España, 2021: §.1.): "la violència obstètrica és aquella que pateixen les dones durant l'embaràs o part al rebre un maltracte físic,

humiliació, abús verbal i/o procediments mèdics no consentits". Aquí s'hi inclou el tracte deshumanitzat (Cuevas, 2018).

En els països subdesenvolupats, el fet de no permetre un acompanyant pot desencadenar violència obstètrica (Balde et al, 2020). L'acompanyant d'elecció per part de la dona pot proclamar-se com a defensor de les seves preferències i evitar procediments sense consentiment informat, vulneració de la intimitat, etc. (Balde et al., 2020). Per tant, podríem evitar aquest tipus de violència cap a les parteres si s'inclou a l'acompanyant escollit de part. Lazzerini et al. (2021), al seu torn, conclouen que durant la pandèmia a Europa ha augmentat la violència obstètrica, en forma, per exemple, d'un ús excessiu d'intervencions mèdiques (incloses les episiotomies, la inducció del part i la pressió de l'úter), el baix ús de procediments adequats per al control del dolor, el maltractament a les dones. També conclouen que la majoria de dones no van estar acompanyades durant el seu part. Per tant, s'hauria d'investigar si ha augmentat la violència obstètrica en els parts que no ha estat present un acompanyant a Catalunya i/o valorar si la disminució d'acompanyament ha generat per si mateixa violència obstètrica.

Com a resultat, no s'accepta la hipòtesi específica, en l'àmbit privat hi ha hagut més acompanyament que en l'àmbit públic o que l'acompanyament en el sector privat ha disminuït menys que en el públic. Per aquest motiu, es va decidir relacionar les variables d'àmbit d'atenció amb la tipologia del part per poder desgranar quin havia estat l'acompanyament en el part en els diferents àmbits.

Després de relacionar l'acompanyament durant el part amb les variables d'àmbit d'atenció i tipus de part, hem conclòs que les dones que van tenir un part vaginal a Catalunya durant la pandèmia i que van parir a la sanitat pública van estar gairebé igualment acompanyades que en la sanitat privada. En canvi, hi ha una diferència important en l'acompanyament als parts per cesària, ja que hi ha hagut més dones en l'àmbit privat que en el públic que han estat més acompanyades. De fet, el percentatge de dones que no han pogut estar acompanyades en tot moment del part via cesària en el sistema públic ha estat molt alt (73%). En la mateixa línia de comparar els efectes de la pandèmia en l'acompanyament al part en el sistema públic i privat, conclouem que la pandèmia de la COVID-19 ha disminuït parcialment la capacitat de les dones de parir acompanyades en menor mesura en el sistema privat de salut que en el sistema públic, concretament en el cas de les cesàries. L'assistència pública és on s'ha vist més compromès l'acompanyament en el cas de les cesàries. En els parts vaginals, no hi ha diferències significatives entre els nivells d'assistència.

Això es podria explicar per què el sistema sanitari públic ha estat qui ha liderat la resposta a la pandèmia i hauria estat més col·lapsat amb l'hospitalització de casos COVID-19, urgències desbordades amb casos crítics, amb UCI's de campanya, etc. (Departamento de Seguridad Nacional, 2020). Segons el nostre parer, això pot haver implicat la falta de personal a les sales de part i, juntament amb la caiguda del sistema, s'ha provocat una reducció significativa de l'acompanyament.

Ja que el sistema públic, és considerat un dret de ciutadania a Catalunya i l'àmbit privat s'entén com a un dret de consum, l'assistència privada pot haver permès més

acompanyament a cesàries, pel fet que es paga per la qualitat del servei. Per tant, moltes dones que no es poden permetre econòmicament assistir a l'atenció privada han tingut menys possibilitats d'estar acompanyades si el part finalitzava mitjançant la cesària. Així, hem assistit a una desigualtat socioeconòmica en l'atenció.

Al mateix temps, s'hauria de tenir en compte que a nivell privat es realitzen més parts via cesària que en centres de caràcter públic (Sánchez, R., 2018). En efecte, seria destacable que sent l'àmbit on es duen a terme més cesàries, sigui el lloc on menys acompanyament es permet.

La nostra tercera hipòtesi específica s'ha centrat en investigar si en les regions sanitàries metropolitanes hi va haver menys acompanyament durant la pandèmia que en les regions rurals, ja que segons (Cohen et al., 2020), en les àrees de contagi més elevades (capitals de província) és on s'han reduït més l'acompanyament al part. S'ha entès com a regions sanitàries metropolitanes aquelles que tenen capital de província.

Hem observat que la regió sanitària de Girona és la que menys acompanyament en tot moment del part va tenir. Això podria ser degut al fet que és la regió sanitària amb menys parts per via vaginal i més parts per cesària. La segona regió sanitària, amb menys índex d'acompanyament va estar Terres de l'Ebre, on passa exactament el mateix: és una de les regions on hi va haver menys índex de part per via vaginal. Podria ser que el fet d'haver-hi hagut més cesàries i que no se'ls permetés l'acompanyant hagi disminuït l'índex d'acompanyament global en aquesta regió. Així, les regions sanitàries amb menys acompanyament al part, són les dues on més percentatge de cesàries es van practicar. El suport continu de l'acompanyant de part disminueix els parts per cesària, i ajuda a la no utilització de tantes intervencions mèdiques, fent-lo més curt i espontani (International Confederation of Midwife, 2021). Dit això, potser es podria haver reduït el nombre de cesàries si s'hagués incrementat l'acompanyament significatiu en aquestes regions sanitàries.

Pel que fa a les regions sanitàries de Barcelona i a la Catalunya Central, es mouen mitjanament pel mateix índex d'acompanyament i similars parts per cesària. Per altra banda, trobem les regions sanitàries de Lleida i Camp de Tarragona, que és on es van practicar menys cesàries i on l'índex d'acompanyament va ser més alt.

En resum, podem dir que existeix una relació proporcional entre l'acompanyament al part i les cesàries practicades. És a dir, a les regions sanitàries amb més índex de cesàries és on s'han trobat els pitjors resultats d'acompanyament, mentre que als territoris amb menys cesàries és on hi ha hagut millors resultats en acompanyament. Això podria ser degut a que al territori català, es va posar en pràctica de manera sistemàtica el dret en l'acompanyament significatiu intrapart durant la pandèmia de la COVID-19 gairebé només en els parts per via vaginal. Caldria destacar, tanmateix, que la regió sanitària de l'Alt Pirineu i Aran, no hi va haver pràcticament parts per cesària, encara que sigui una de les que va tenir menys acompanyament. Doncs, en aquesta regió sanitària, les dones que no van estar acompanyades van ser les que van tenir un part per via vaginal i s'hauria de revisar en futures investigacions les raons d'aquesta diferència amb les altres regions sanitàries.

Revisant els motius de no acompanyament trobem que els tres principals en tot el territori català són: per Protocol COVID-19, Altres motius i No se'm va especificar, que

coincideixen amb els motius exposats anteriorment segons l'àmbit d'atenció, encara que no segueixen un patró entre regions sanitàries metropolitanes versus rurals. Lleida és l'única regió sanitària que té com a motiu principal de no acompanyament, amb una gran majoria, "no se'm va especificar". Per tant, s'hauria de revisar si el fet de no explicar els motius pels quals no es va permetre l'acompanyament en el part tenen a veure amb la dificultat de gestió de la COVID-19 o bé si hi ha tingut a veure altres factors relacionats amb la violència obstètrica.

Per últim, els resultats obtinguts de l'encreuament de les variables regió sanitària i tipus d'assistència, mostren que en l'assistència de caràcter públic es van tenir molts més parts vaginals que a nivell privat. Això podria explicar que gairebé totes les regions sanitàries, excepte Barcelona i Catalunya Central, obtinguessin millors resultats d'acompanyament en l'àmbit públic, ja que, tal com es denota en els resultats, hi ha més acompanyament en els parts vaginals que en les cesàries.

Al revisar les regions sanitàries, contemplant els serveis de salut públics i privats que predominen veiem que la regió sanitària de Barcelona té el mateix índex d'acompanyament entre l'assistència pública i la privada, ja que és es concentren la gran majoria de centres privats (veure Taula 7), i el número de centres privats seria similar als públics. És a dir, hi hauria el mateix tipus d'assistència entre uns i altres, fent possible l'acompanyament en tot el part aproximadament amb el mateix percentatge en tots els parts. Aquesta regió sanitària és bàsicament on es concentra la gran majoria de població catalana, per tant, no és rar trobar el mateix índex d'acompanyament entre un tipus d'assistència i altra, quan a Catalunya (població general) també ha sortit aquesta dada.

Dit això, hi va haver dues regions sanitàries catalanes que van tenir un índex d'acompanyament baix, ja fos en l'àmbit públic o en el privat: Girona i Terres de l'Ebre. Girona és la segona regió sanitària amb més centres dedicats a atendre parts en l'àmbit públic, encara que siguin molt menors que a la regió sanitària de Barcelona. L'acompanyament en tot el part en aquest àmbit ha estat molt més baix que en altres regions sanitàries que tenen menys centres d'atenció pública. Encara que tingui un gran nombre de centres per a donar a llum, l'acompanyament s'ha vist influenciat per l'elevada xifra de cesàries que s'han practicat en aquesta regió sanitària, sigui el nivell d'assistència públic o privat.

Per altra banda, cal destacar que Catalunya Central ha estat la regió sanitària amb més acompanyament en l'àmbit privat, més que en el públic. Això ho podria explicar que Catalunya Central encara que tingui 3 centres de caràcter privat, aquests tenen molts més llits que altres regions sanitàries amb 3 centres privats. Ha pogut donar-se que al tenir més llits, se li doni més importància a la qualitat del servei, promocionant l'acompanyament.

De totes maneres, la nostra hipòtesi referent a que les dones han perdut la capacitat de parir acompanyades en les àrees metropolitanes més que en les rurals, es rebutja.

Limitacions:

Els resultats de l'enquesta realitzada per les dones indica que en les Terres de l'Ebre hi ha hagut servei d'assistència privada que ha atès a aquestes durant la pandèmia, mentre que les dades recollides de centres privats i públics de cada regió sanitària, tal com es pot veure a la introducció (Taula 4), indica que a les Terres de l'Ebre no hi centres de caire privat.

En l'enquesta del projecte de recerca el motiu de no acompanyament categoritzat com a ALTRES és la segona causa més triada de no acompanyament. Donat que va ser una opció de resposta tancada, sense possibilitat d'afegir observacions, i encara que sigui un motiu que predomina en ambdós àmbits d'assistència i a les regions sanitàries, no es poden determinar els motius específics.

8. CONCLUSIONS

L'objectiu general del treball ha estat respondre a la pregunta d'estudi: explorar les experiències de les dones durant el procés de part a Catalunya durant la pandèmia i, concretament, si s'ha vulnerat el seu dret a l'acompanyament inintermitent durant el part. És a dir, si la pandèmia de la COVID-19 ha provocat que més dones del territori català hagin parit menys acompanyades que en context pre-pandèmia.

Aquest estudi conclou que la COVID-19 ha provocat que el dret de tenir un acompanyant intrapart s'hagi disminuït durant la pandèmia, sent les parteres de la primera onada les més perjudicades. A més, es pot determinar que durant la pandèmia de la COVID-19 han estat perjudicades les dones que han hagut de donar a llum per cesària, ja que ha estat el part menys acompanyat en qualsevol àmbit d'assistència, sent la pública, la més afectada. En el servei privat, han estat més acompanyades. Doncs, podem concloure que hi ha hagut una esclatxa de desigualtat econòmica d'atenció assistencial, en el cas de la cesària, en què dones amb menys recursos i que han donat a llum a la pública, han tingut menys possibilitats d'estar acompanyades, mentre aquelles amb recursos econòmics més alts i que han assistit a la sanitat privada, han tingut més privilegis en l'acompanyament en la cesària.

Per altra banda, es pot determinar que hi ha hagut una desigualtat d'atenció en les diferents regions sanitàries catalanes. Això ha comportat que les dones que hagin tingut el part en les regions sanitàries de Girona, Terres de l'Ebre i Alt Pirineu i Aran hagin tingut menys probabilitats de donar a llum acompanyades. Que hi hagi hagut aquesta diferència d'equitat en el territori indica que la línia d'actuació no era la marcada per les recomanacions d'organismes competents que animaven a seguir les pautes d'un part humanitzat amb acompanyament. Així, en una futura recerca es podria investigar quins protocols i guies d'actuació seguien els centres, i veure si utilitzaven protocols propis i veure amb quines guies d'actuació es basaven en plena pandèmia en l'atenció a les parteres i entorn.

També s'ha de donar a conèixer que a moltes de les dones a qui no s'ha informat el motiu de no tenir acompanyant han patit violència obstètrica, ja que s'ha vulnerat el dret a informació o omissió d'aquesta sobre la seva salut. A part, cal destacar que moltes de les dones que no han tingut acompanyant, han tingut més probabilitats a patir violència obstètrica que les dones que han estat acompanyades en tot moment. Per tant, la no possibilitat de tenir acompanyant augmenta la possibilitat de patir violència obstètrica durant tot el procés de part. Els acompanyants actuen com a defensors de les preferències de la dona, ja que el part és un moment vulnerable per elles i en moltes ocasions, i més en plena pandèmia, no poden fer denotar les seves necessitats.

Per últim, podem fer notòria, la necessitat de buscar una millora en l'assistència i atenció als parts, sigui quina sigui la tipologia, podent plantejar un altre sistema d'atenció. Aquest seria lluny de l'hospitalització, disminuint la instrumentalització, la violència obstètrica i utilitzant la humanització en qualsevol tipologia part. Una alternativa possible, com en alguns països europeus (Federacion de Asociaciones de Matronas de España, 2020), podrien ser les cases de part, on es pot donar a llum de manera humanitzada basada en les preferències i el respecte cap a la dona i família durant tot el procés de l'embaràs, part i post-part.

Des d'organismes governamentals, també es podria promocionar el part a domicili, on la dona se sent segura, té el suport significatiu d'elecció i entorn càlid i tranquil per poder donar a llum de la manera més humanitzada possible, abastint totes les necessitats de les dones, siguin quines siguin, promocionant l'autonomia i fent-la el centre del procés.

Per futurs estudis sobre el tema seria convenient poder investigar els motius dels centres d'utilitzar protocols diferents durant la pandèmia, quan totes les dones necessitem que hi hagi la mateixa atenció en tota classe de centres.

9. BIBLIOGRAFIA:

- Aguilar Cordero, M. J., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M. J., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A., González Mendoz, J. L. (2013) Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (3) : 920-926. DOI: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6395>
- Alcantara Souza, T., Alves Martins, C., Liégio Matão, M.E., Vieira de Mattos, D. (2016). Feelings experienced by parturients in reason the inclusion of the partner in the parturition process. *Journal of Nursing: Revista de Enfermagem*. 6 (10). 4735-4740. Recuperat 23 de desembre de 2021: DOI. [10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201604](https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201604)
- Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P., Freedman, L.R., (2021). "Going through it together": Being accompanied by loved ones during birth and abortion. *Social science & medicine*. 284: 114234 DOI: [10.1016/j.socscimed.2021.114234](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114234)
- Arnau J., Martinez, M. E., et al. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2): 225-247 Recuperat de: <https://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>
- Ayers, S., Celleja Agius, J., Downe, S., et al. (2021). Balancing restrictions and access to maternity care for women and birthing partners during the COVID-19 pandemic: the psychosocial impact of suboptimal care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 128(11) 1720-1725. DOI: [10.1111/1471-0528.16844](https://doi.org/10.1111/1471-0528.16844)
- Balde M.D., Nasiri K., Mehrtash H., et al. (2020) Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: Results from a multi-country community-based survey. *BMJ Global Health*. 5: e003564. DOI: [http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003564](https://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003564)
- Barranquero Gómez, M., Collazos Robles, R., Baltá Arandes, R., Salvador, Z., (2021). ¿Es mejor el parto natural o la cesárea? Revista reproducción Asistida ORG. Recuperat 11 de gener de 2022 de: <https://www.reproduccionasistida.org/parto-natural-y-cesarea-ventajas-y-desventajas/>
- Benet, M., Escuriet, R., Alcaraz-Quevedo, M., Ezquerro S., Pla, M., (2017). Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva. *Gac Sanit*. 33(5) :472–479. Extret de: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/44933>
- Bohren M.A., Berger B.O., Munthe-Kaas H., Tunçalp, Ö., (2019) Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3: CD012449. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Bohren M.A., Hofmeyr G.J., Sakala C., Fukuzawa, R.K., Cuthbert, A., (2017). Continuous support for women during childbirth (Review). Cochrane Database of Systematic

Reviews, Issue 7. Art. CD003766.
DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

- Cohen, D., Jouannic, J. M., Maurice, P., Viaux, S., (2020). Giving birth under lockdown during the COVID-19 epidemic. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 49 (6): 101785. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101785>
- Col·legi oficial d'infermeria de les Illes Balears. (s.d.). La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se posiciona contra la medida de no dejar parir acompañadas a las mujeres durante la pandemia de COVID-19. Recuperat el 1 d'abril de 2022 de: <https://infermeriabalea.com/es/2020/04/08/la-federacion-de-asociaciones-de-matronas-de-espana-fame-se-posiciona-contr-la-medida-de-no-dejar-parir-acompanadas-a-las-mujeres-durante-la-pandemia-de-covid-19/>
- Cuevas Gallegos, Fernanda (2018). Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género. *Revista Némesis*, 14,88-111. Recuperat de: https://www.academia.edu/37267097/4_Parir_en_Chile_violencia_obst%C3%A9trica_y_vulneraci%C3%B3n_a_los_Derechos_Humanos_Cr%C3%ADtica_a_la_ausencia_de_regulaci%C3%B3n_en_la_ley_chilena_con_perspectiva_de_g%C3%A9nero_N%C3%A9mesis_XIV_from=cover_page
- Da Silva Carvalho, C.F., Da Silva Carvalho, I., Santana de Brito, R., Allyne Fortes, V., Branadão De Carvalho Lira, A.L. (2015). The partner as a caregiver in the birth process. *Rev RENE*. 16 (4). 613-621. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400019>
- Diniz C.S.G., (2014). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva* 3, 627-637. Recuperat de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>
- Dayana Dodou H., Paiva Rodrigues D., Marculino Guerreiro, E.,Cavalcante Guedes, M.V., Nery do Lago, P., Sousa de Mesquita, N., (2014). The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Anna Nery School Journal of Nursing: Revista de Enfermagem* 18(2): 262-269. DOI: 10.5935/1414-8145.20140038
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. (2020) Regions sanitàries. Recuperat 18 març 2022 de: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/catsalut-territori/>
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya (2018). El CatSalut i el model sanitari català. Recuperat el 4 de maig de 2022:<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/>
- Departamento de Seguridad Nacional, España. (20 de marzo de 2020). Coronavirus (Covid'19) [Nota de premsa]. Recuperat 24 febrer de 2022: <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-30-marzo-2020>
- Devane, D., Kellie, F., Finucane, E., et al. (2020). *COVID-19 Review of national clinical practice guidelines for key questions relating to the care of pregnant women and their babies (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Recuperat 20 de març de: https://pregnancy.cochrane.org/sites/pregnancy.cochrane.org/files/public/uploads/covid_pcg_powerpoint_results_final_0.pdf

- Doñate Cuartero, M., García Castillo, A., Peña De Buen, S., Llorente González, M.C., Macia Lapuente, J., Franco Villalba, A. I., (2020). Atención al parto durante la pandemia de coronavirus sars-cov-2 (covid-19). *Revista sanitaria de Investigación*. Recuperat de: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-al-parto-durante-la-pandemia-de-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>
- El Parto es Nuestro. (2020, 5 de Març). *Denúncia de prácticas con motivo de la emergencia sanitaria por COVID19* [Comunicado de prensa]. Recuperat 15 de gener 2022: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/Prensa/20200405_comunicado_epen_estado_de_alarma.pdf
- Escudero Ozores, T., Galindo Merino, M.M., (2020, 4-5 de novembre). XVI Seminario Internacional contra la Violencia de Género: Educación, sexualidad y perspectiva de género [Acta de presentació de la conferencia]. *Eliminar obstáculos para alcanzar la igualdad*, 9, 97-107 ISSN: 1885-3811
- Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME]., (s.d.) Definición de parto normal. Recuperat 11 de gener de 2022 de: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME], (2020) Las casas de nacimiento, un futuro muy cercano en 2020. [Entrada a blog] Recuperat 5 de març de 2022 de: <https://www.federacion-matronas.org/2020/12/15/casas-de-nacimientos-espana/>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2021). Manifiesto FAME contra la violencia obstétrica en España. [Entrada a Blog] Recuperat 5 de març 2022 de: <https://www.federacion-matronas.org/2021/07/19/violencia-obstetrica-fame/>
- Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Veragani, P., Nespoli, A., (2021). The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women and Birth (WOMBI)* 1233-1245. DOI: [10.1016/j.wombi.2021.01.001](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.001)
- Gago, N., (2017, 16 de maig). La importancia del parto respetado. *Télam.com*. Recuperat el 29 de desembre 2021 de: <https://www.telam.com.ar/notas/201705/189178-parto-respetado-nelly-gago.html>
- Goberna-Tricas, J., (2020) Vulnerabilidad de las mujeres en el parto hospitalario: reflexiones para el debate. *Musas*, 5(2) 1-3. ISSN 2385-7005
- Hernández Orozco, H.G. Ramiro Mendoza, M., Trejo Gonzalrz, R., (2020). ¿Cuáles son las medidas de prevención contra el Novel Coronavirus (COVID-19)? *Rev Latin Infect Pediatr*, 33(1), 4-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/92380>
- Institut Estadística Catalunya [IDESCAT]. (2022, 28 de febrer). Padrón municipal de habitantes: Població a 1 de gener. Per sexe, edat quinquennal i regions sanitàries. Recuperat 4 d'abril 2022 de: <https://www.idescat.cat/pub/?id=pmh&n=13312&lang=es>
- Jan, C., (2020, 7 d'abril). Valencia permite entrar a los acompañantes a los partos tras prohibirlo durante cuatro días: La decisión había causado malestar en los hospitales y quejas de la asociación valenciana de matronas. *El País*. Recuperat el 13 de febrer 2022

de: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-07/valencia-permite-entrar-a-los-acompanantes-a-los-partos-tras-prohibirlo-durante-cuatro-dias.html>

- Johansen J., (2017, 30 d'octubre). Popularizando nuevas tendencias o redescubriendo antiguas prácticas [Entrada a Blog]. Recuperat el 20 de desembre 2021 de: <https://blogs.iadb.org/salud/es/elegir-doulas-para-el-parto/>
- Jurgiel, J., Graniak, A., Jozwik, K., Pomorski, M., (2022). *Pregnancy and childbirth during the coronavirus pandemic*. Ginekologia polska. DOI: [10.5603/GP.a2021.0198](https://doi.org/10.5603/GP.a2021.0198)
- Kabakian, T., Portela A. (2017). Companion of choice at birth: Factors affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17(1): 265. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1447-9>
- Krisztina, L.I., Nandor, A.C.S., (2021). *Orvosi hetilap*, 162 (21), 824-829. DOI: [10.1556/650.2021.32226](https://doi.org/10.1556/650.2021.32226)
- Kinkartz, S., (2020). Alemania: los hospitales prohíben visitas por coronavirus. Recuperat el 13 d'abril de 2022: <https://www.dw.com/es/alemania-los-hospitales-proh%C3%ADben-visitas-por-coronavirus/a-52797956>
- Lazzerini, M., et al., (2022). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health-Europe*.13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- Lopez, Villar C., Soraluca Acebo, A., (2011). Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. Universidad de A Coruña. *Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto* p. 147-162. ISBN: 978-84-9749-471-7
- Macías Intriago, M. G., Haro Alvarado, J.I., Piloso Gómez, F.E. Galarza Soledispa, G. L., Quishpe Molina, M. C., Triviño Vera, B. N., (2018). *Dominio de las Ciencias*. Vol. 4 (3) 392-415 DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2018.vol.4.n.3.392-415>
- Mena Tudela, D. (2021), Violencia obstétrica en España: una práctica evidenciada. [Entrada a Blog]. Recuperat 1 de maig de 2022 de: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/violencia-obstetrica-en-espana-una-practica-evidenciada/>
- Massó Guijarro, E., Triviño Caballero, R., (2020) Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*. 65, 117-130 DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/enrahonar.1305>
- Ministerio de Sanidad, España. (2015). Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Recuperat el 30 de març de 2022: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAP_N_revisio8marzo2015.pdf
- Ministerio de Sanidad, España. (2020). Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19. Recuperat 16 gener 2022: <https://www.covid-19.seth.es/manejo-de-la-mujer-embarazada-y-el-recien-nacido-con-covid-19/>
- Ministerio de Sanitat, España. (2020). Catálogo Nacional de Hospitales 2021. Recuperat 6 de maig de 2022:

<https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn%3Aaaid%3Ascds%3AUS%3A9258ff58-7344-35d3-950c-9dcb10179786#pageNum=5>

- Pérez A.M.R., Gómez T.J.J., Dieguez G.R.A., (2020) Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15. Recuperat de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2020000200005
- S.a. (2022, 27 de febrer). Mares i nounats han rebut una pitjor atenció durant la Covid-19: Segons un estudi europeu, el 62% de les enquestades va haver d'entrar sola a la sala de part. *Social.cat: el diari digital de l'acció social a Catalunya*. Recuperat 1 de març 2022 de: https://www.social.cat/noticia/16248/la-qualitat-de-latencio-a-la-mare-i-al-nounat-sha-deteriorat-durant-la-covid-19?utm_source=dvr.it&utm_medium=twitter&utm_campaign=socialpuntcat
- Sadler, M., Leiva, G., Olza, I., (2020) COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28:1, DOI: [10.1080/26410397.2020.1785379](https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379)
- Sánchez, N. (2020, 17 de setembre). La aventura de ser madre en Málaga en tiempos de la covid-19. Recuperat 5 d'abril 2022 de: https://elpais.com/elpais/2020/09/16/mamas_papas/1600278818_341177.html#?rel=list_aapoyo
- Sánchez, R. (2018, 13 d'abril) La probabilidad de tener un parto por cesárea en la sanidad privada es un 67% superior a un hospital público. *elDiario.es*. Recuperat 1 d'abril 2022 de: https://www.eldiario.es/nidos/cesareas-hospitales-privados-respecto-publicos_1_2224588.html#:~:text=La%20probabilidad%20de%20tener%20un,superior%20a%20un%20hospital%20p%C3%ABlico
- Satin, A. J., (2011). *Latent Phase of labor*. Recuperat de: <https://somepomed.org/articulos/contents/mobipreview.htm?31/15/31997?source=HISTORY>
- Schnapp, C., Sepúlveda, E., Robert, J.A., (2014) Operación Cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987-992. DOI: [10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)
- Servei Català de la Salut [CatSalut] (2021). Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Recuperat 30 de gener 2022 de: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4786/guia_actuacio_enfront_casos_infeccio_nou_coronavirus_sars_cov2_dones_embarassades_nadons_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Servei Català de la Salut [CatSalut] (2022). Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel coronavirus SARS-CoV-2 en dones embarassades i nadons. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (Document operatiu). Recuperat 4 abril de 2022 de: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4786/guia_actuacio_enfront_casos_infeccio_nou_coronavirus_sars_cov2_dones_embarassades_nadons_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Silva, F., Paixão, T., Oliveira S., et al (2013). Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Esc Enferm USP* 47(5), 1031-1038. Recuperat de: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf

- Smiley, R., (2004). Partners should be allowed to stay in the operating theatre during caesarean section under general anaesthesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 13 (4) 253-256. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2004.07.002>
- Valdés-Bangoa, M., Meler, E., Cobo, T., Hernández, S., Caballero, A., García, F., Ribera, L., Guirado, L., Ferrer, P. Salcia, D., Figueras, F., Palacio, M., Goncé, A., López, M., (2020)., Guía de actuación para el manejo de la infección por COVID-19 durante el embarazo. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 47(3), 118-127. DOI: [10.1016/j.gine.2020.06.014](https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.06.014)
- World Health Organization. (2018). *Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland. ISBN: 978-92-4-155021-5 Recuperat 11 desembre de 2021 de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- World Health Organization. (2014). *Who recommendations for augmentation of labour*. Geneva, Switzerland. ISBN: 978 92 4 150736 3. Recuperat 11 de desembre 2021 de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2020). *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected*. Geneva, Switzerland. Recuperat 11 de desembre de 2021 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>

10. AGRAÏMENTS:

M'agradaria transmetre el més sincer agraïment a totes les persones que m'han ajuda, col·laborat i s'han implicat en l'estudi.

Primerament, a la meva tutora, Sandra Ezquerra, per ajudar-me en la planificació, l'organització, la informació i els ànims durant la realització d'aquest Treball de Final de Grau.

En segon lloc, a la Montserrat Fernández, per totes les eines i suport proporcionat durant la realització d'aquest.

També, als meus pares, Alfred i Olga, i al meu germà, Lluç, per tots els ànims, suport emocional i acompanyar-me durant tota la carrera i en la realització del treball.

Per últim, a la meva parella, Daniel, per l'ajuda incondicional durant tota la carrera i per confortar-me en tot durant aquest procés.

11. NOTA FINAL DE L'AUTOR:

L'experiència de realitzar un treball de final de grau, no té res a veure amb el que t'expliquen ni cap treball anteriorment realitzat. Han estat uns mesos en els quals he estat endinsada en recerca i anàlisi, i he tingut dificultats d'organització i planificació. Encara que considero, que és necessària la realització d'un treball amb aquestes característiques per un futur professional i dins infermeria, encara més, ja que cada dia hi ha innovacions, i això ens ajuda a fer-nos les preguntes adients i a qüestionar-nos dia a dia.

Ha estat un plaer poder formar part d'un grup de recerca amb aquestes dimensions i he gaudit de tots els nous aprenentatges que setmana a setmana s'han anat fent majors.