

Reflexions sobre l'exercici en temps de trànsit

Oriol Porta i Roda

Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Hospital Universitari Mútua Terrassa. President de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia (SCOG).

Introducció

En aquest article em permeto expressar algunes reflexions al voltant de l'exercici de la medicina, i de l'obstetrícia i la ginecologia en particular, en el nostre àmbit i en el moment actual. Són reflexions personals que no representen ningú més que a mi mateix, fruit dels més de vint-i-cinc anys d'experiència professional i dels debats suscitats en els darrers temps tant socialment com en el si de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia (SCOG).

En temps de trànsit

Soc conscient de viure una etapa de debat i canvi. Debat sobre la influència del patriarcat en la nostra manera de fer com a metges, sobre la necessitat d'introduir a la nostra mirada professional la perspectiva de gènere i d'entendre els biaixos que produïm, sobre com gestionar les lluites pel poder i els egos, sobre com transformar les estructures en què treballem. En aquesta cruïlla, segurament tant cert és que el model antic funciona cada cop pitjor com que el nou ni està clar ni sabem ben bé com construir-lo. Conviven els exaltats pel nou amb els enamorats del vell.

Trànsit significa pas d'un estat a un altre. De fet, sempre estem en trànsit. De vegades, però, en som més conscients; sembla que tot s'accelera. Disruptiu fa referència a una ruptura brusca, a quelcom que ocasiona un canvi determinant: en general, és alguna cosa que crida l'atenció i que pot generar estrès.

Amb el debat sobre la *violència obstètrica* en el rerefons, es mostren aquest trànsit i aquesta disrupció. La *violència obstètrica* actua com a catalitzadora d'un neguit social profund i expressa la necessitat d'incloure la reivindicació feminista dins de l'àmbit mèdic. El clam per l'empoderament de la dona, per reconèixer la seva capacitat d'intervenir en els processos en què participa, té una energia capaç d'empènyer a accions transformadores; per això, parlo de trànsit i de disrupció.

El debat sobre la violència obstètrica

No entraré a analitzar en profunditat el concepte violència obstètrica. Tampoc analitzaré els motius de la seva eclosió i irrupció en la vida pública, social, institucional i assistencial. Ni tampoc parlaré aquí de la incomoditat que genera entre el col·lectiu professional i la sensació d'injustícia i desprotecció que produeix en aquest col·lectiu. Potser el debat comença a estar madur com per trobar un terme que ens permeti parlar de manera més inclusiva i empàtica, que divideixi menys i faciliti més el debat entre professionals i societat. No obstant, em centraré breument en algunes reflexions per entendre'n el significat.

En essència, *violència obstètrica* és tot allò que representi tractar algú com un objecte en comptes de com un subjecte. Com a objecte, jo decideixo per la persona sense tenir en compte les seves preferències o opinions. Com a subjecte, una persona té opinió sobre el seu cos i els seus processos reproductius i jo li dec respecte i consideració. Per tant, abans de fer res, li proporcionaré informació adequada, li demanaré la seva opinió i el seu permís.

De vegades, encara que sigui de manera inconscient, els professionals de la salut actuem de manera que ens apropiem del cos i dels processos reproductius de les dones. Hi ha diverses condicions que afavoreixen que la relació metge-pacient sigui poc saludable:

– L'asimetria en el coneixement causa asimetria en el poder en un moment d'extrema vulnerabilitat de la dona. No només perquè en el moment del part estigui gairebé nua, la dona se sent vulnerable. També és vulnerable pel fet que es preocupa per la salut del seu nadó per néixer i pel seu desconeixement respecte a què ha de passar; això pot deixar els seus desitjos en segon pla. Aquesta asimetria pot facilitar que es produeixi un tracte jeràrquic, on és el professional qui diu el que convé, com i quan.

– Una cultura mèdica que es basa en la seguretat clínica. Els bons resultats en morbiditat obstètrica i perinatal ens han servit per justificar algunes actuacions pels beneficis que poden comportar, sense tenir gaire en compte els desitjos de la dona. S'ha tendit a actuar per protocol sense considerar les característiques individuals de cada dona. La pròpia estructura física de les àrees obstètriques respon a aquesta cultura: la majoria de sales de parts es troba en un entorn quirúrgic que permet resoldre qualsevol incidència greu, perquè s'ha prioritzat aquest aspecte;

Correspondència: Oriol Porta i Roda
Laforja 68, 1r.
08006 Barcelona
Tel. mòbil: 687 723 106
Adreça electrònica: oport@mutuaterrassa.cat

la majoria, en canvi, no té llum natural ni espai perquè les dones es puguin moure en llibertat. Això ha donat peu a un excés de medicalització i a patologitzar processos fisiològics. Cal evolucionar d'una cultura que ha normalitzat aquestes pràctiques (la cultura en què ens hem educat com a professionals) cap a una cultura centrada en l'autonomia, que entengui que les dones tenen opinió i capacitat per decidir sobre els seus cossos i la seva sexualitat.

– Unes condicions laborals precàries: organitzacions jerarquitzades, poc flexibles al treball interdisciplinari, amb càrregues de treball difícilment assumibles, horaris inapropiadament llargs, manca de temps per atendre convenientment les persones i manca de retribució i reconeixement al professional. Tot això contribueix a un tracte despersonalitzat.

Tot plegat ha contribuït, en certa manera, a una apropiació de la vivència del part, quan la seguretat i la salut de la mare i el fetus passen per damunt de la responsabilitat que la dona també té, despellant-la de protagonisme. En un moment tan transcendent i radicalment íntim com el del naixement d'una vida, no es pot deslligar l'atenció mèdica de l'experiència emocional que representa per a una dona i el seu entorn. Per això, una actuació professional tècnicament impecable pot ser percebuda i viscuda com una experiència desagradable, traumàtica o violenta. Aquesta situació, està clar, no es limita a l'obstetrícia i la ginecologia, sinó que afecta tots els àmbits de la medicina.

Canvi de paradigma en la relació de poder, confiança, comunicació i empatia

Des del meu punt de vista, s'està produint un canvi en la relació de poder que s'estableix entre el professional de la salut i el pacient. D'una relació jeràrquica (el model paternalista), en la qual el professional exerceix el seu poder sobre la dona o pacient, estem transitant cap a un model en què ambdós estem, cada vegada més, al mateix nivell, compartint i repartint-nos el poder. Estem al mateix nivell, però tenim rols diferents. Ningú demana ni espera que el metge deixi de fer de metge, tan sols que ho faci diferent.

Perquè hi hagi una relació metge-pacient saludable és imprescindible que sapiguem construir confiança. Sense confiança no hi ha bona relació possible.

En la relació jeràrquica o asimètrica, la confiança es donava per descomptada. El pacient feia el que el professional recomanava "perquè el metge ho ha dit". En la relació actual, d'igual a igual, centrada en l'autonomia, la confiança no es dona per descomptada sinó que s'ha de guanyar. I per guanyar aquesta confiança, són molt importants l'escolta, la comunicació i l'empatia.

No cal dir que ens han instruït per assolir capacitats i habilitats tècniques, però no hem rebut educació en habi-

litats comunicatives d'igual manera. A més, tan important com saber comunicar és saber què volem comunicar. La informació ha de ser rigorosa i veraç per tal de generar expectatives realistes, ja que en la mesura que les expectatives de professionals i pacients estiguin allunyades és més probable que el resultat final sigui percebut com un fracàs. Per això, segueix tan vigent la medicina basada en l'evidència. I, per això mateix, són ben vingudes iniciatives adreçades a reconèixer i eliminar pràctiques clíniques de poc valor en obstetrícia, després d'un procés d'informació transparent i rigorós. Potser descobrirem que algunes informacions al voltant de determinats procediments (per exemple l'episiotomia) són errònies o esbiaixades, sobretot en la manera com arriben a la població general a través dels mitjans d'informació generalistes.

Sobre la interdisciplinarietat

Atenció interdisciplinària vol dir que diferents professionals, de diferents formacions i amb diferents capacitats i habilitats, treballem en comú en benefici d'algué. Cal treball en equip i el lideratge hauria de recaure en qui tingui major capacitat, no en la jerarquia. Però és un exercici que no sempre ens resulta fàcil.

Posaré un exemple: tot i que treballem en equip en molts àmbits, ginecòlegs/obstetres i llevadores encara fem la majoria de la nostra formació continuada per separat. Les jornades o congressos són organitzats per metges per a metges i/o per llevadores per a llevadores. Les jornades on ens reunim totes juntes per parlar, debatre i discutir són excepcionals. Davant l'organització d'un congrés, ja que la societat científica es deu a les seves sòcies i socis, és difícil superar les resistències que apareixen a l'hora de dissenyar continguts per dirigir-los a tots els col·lectius professionals: ens dirigim al nostre col·lectiu exclusivament. El cert és, però, que tant les professionals com la societat es beneficiarien de la reflexió conjunta i interdisciplinària. Per què ens costa tant?

Roda el món i torna al Born

Per afrontar aquesta situació de transició ens cal una mirada oberta i llarga, reflexiva i autocrítica. Ser autocrítics no vol dir autoflagel·lar-se ni castigar-se: no podem mirar amb ulls d'avui el que fèiem ahir, de la mateixa manera com no podem mirar amb ulls d'ahir el que fem avui. En tot procés de canvi hi ha implícit un procés de desestructuració i reconstrucció; això no és senzill i pot resultar dolorós. Reconeguem-ho i valorem la valentia d'encarar aquesta reflexió, donem-nos temps. El professional entén que ha de saber fer, però que també ha de saber estar i ser.

Penso que els professionals de l'obstetrícia i la ginecologia, tot i el tràngol que patim quan realitzem aquesta travessa, som uns privilegiats ja que tenim l'oportunitat d'afrontar de cara aquestes reflexions abans que altres. Ho

fem empesos per la pressió social i de les dones, i això ens ajuda a créixer. Estem fent aquest procés abans que altres, però les reflexions s'acabaran estenent necessàriament a tot el col·lectiu sanitari.

Hem fet camí. Avui és normal que les dones lliurin el seu pla de part en arribar a l'àrea obstètrica, explicant com voldrien ser tractades, en una pràctica que no es dona en altres àmbits de la medicina. La taxa d'episiotomies ha disminuït sostingudament en els darrers anys. Els acompanyants entren a quiròfan —un santuari dels sanitaris— durant la cesària, essent l'única intervenció quirúrgica en què això passa regularment. En temps de pandèmia, amb les restriccions justificades per raons de seguretat, a les unitats de cures intensives s'ha obligat les persones a morir soles, sense les seves persones estimades donant-los la mà, en una mostra de tracte deshumanitzat, mentre que des del primer moment les dones han infantat acompanyades

perquè els i les professionals vàrem tenir clar que això era irrenunciable. Són exemples de com les reflexions anteriors s'han traduït en accions concretes que ja ocorren en l'àmbit de l'obstetrícia mentre encara han d'arribar a d'altres àmbits de l'atenció sanitària.

I, en fer totes aquestes reflexions, un no pot deixar de recordar el jurament hipocràtic que vàrem fer en finalitzar els estudis de medicina per reconèixer que la majoria d'aquests valors i pensaments ja hi són presents. Roda el món i torna al Born.

Els professionals de l'obstetrícia i la ginecologia, o de la llevadoria, no som ni millors ni pitjors que altres professionals de la salut. Formem part de la societat que ens ha vist néixer, ens ha format i ens ha ajudat a créixer, amb totes les seves contradiccions i imperfeccions. Amb tot respecte per la dignitat humana, simplement procurem ajudar a construir un futur millor.