



mujsas

Vol 8
Núm. 1
2023

El abordaje de los procesos de salud de la mujer desde una concepción ética y social: nuevas demandas y necesidades de cambio

REVISTA DE INVESTIGACIÓN

MUJER, SALUD, SOCIEDAD

ISSN 2385-7005



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

ANTE LA FALTA DE MATRONAS, DEBEMOS CUESTIONARNOS EL MODELO FORMATIVO

Davant la falta de llevadores, ens hem de qüestionar el model formatiu
Before the Shortage of Midwives, We Must Question the Training Model

Josefina Goberna-Tricas

Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*)

De acuerdo con la Federación de Asociaciones de Matronas de España «La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial, que incide en un ámbito sanitario y social tan importante como el de la maternidad y la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y la familia, en los diferentes momentos del ciclo vital de las personas».

Una de las principales funciones de la matrona es la atención y asistencia al embarazo, el parto y el puerperio, en situaciones fisiológicas

En España, a diferencia de la mayoría de los países de la Unión Europea, las matronas deben formarse primero como enfermeros/as, adquiriendo un título de graduadas en Enfermería para posteriormente especializarse en enfermería obstétrico-ginecológica (matronas). Existen varias especialidades enfermeras y la de matrona es la única que dispone de normativa europea que regula su formación y sus competencias profesionales.

La formación de matronas se realiza, actualmente, a través del sistema de residencia en unidades docentes multiprofesionales de obstetricia y ginecología o en unidades docentes de matronas, acreditadas para la formación especializada. Entre 2004 y 2012, la



formación teórica de la especialidad se vinculaba a la formación universitaria, pasando a partir de ese momento al ámbito hospitalario en las citadas unidades multiprofesionales.

En estos momentos, existen numerosas voces que alertan de la falta de matronas en España. De este modo, mientras en la Comunidad Europea hay 69,8 matronas por cada 100 000 mujeres y 25,9 matronas por cada 1 000 nacimientos, en España la cifra es de 31,6 matronas por cada 100 000 mujeres i 12,4 matronas por cada 1 000 nacimientos. Las cifras son desiguales según la comunidad autónoma; en el caso de Cataluña, donde el déficit es mayor, existen 17 matronas por cada 100 000 mujeres y 10,47 matronas por cada 1 000 nacimientos, a pesar de que en los hospitales catalanes se forman un porcentaje muy alto de las matronas españolas.

Esta falta de matronas se debe fundamentalmente a que durante 10 años (entre 1987 y 1997) no se formaron matronas en España y en estos momentos se están jubilando el colectivo de aquellas formadas antes del parón, con lo que el número de nuevas matronas es totalmente insuficiente para cubrir los déficits que se producen.

Si tenemos en cuenta que, para evitar los casos de violencia obstétrica y la sobremedicalización del embarazo y del parto, es importante reconocer el nacimiento como un acto fisiológico del ciclo de la vida, es incuestionable que el profesional de referencia para su atención debe ser la matrona. Además, sería deseable que esta matrona se formara desde una perspectiva holística en que se contemplara los aspectos de salud procreativa como parte del ciclo vital de la mujer y, por tanto, como hechos fisiológicos, en los que el cuidado, el acompañamiento y la atención deben ocupar un lugar primordial.

La matrona debe saber detectar y derivar las situaciones de riesgo y de patología a profesionales tales como médicos ginecólogos u obstetras, pero una formación como la actual, que primero las forma como enfermeras (y por tanto orientadas a la curación de la enfermedad) y las especializa en unidades multiprofesionales en un ambiente hospitalario de alta complejidad, sin duda, no prioriza una mirada hacia la fisiología del nacimiento.

Dados los argumentos expuestos, se deriva que, en estos momentos, es urgente la creación de una formación independiente de las matronas, mediante la creación de un grado universitario que subsane el déficit existente de estos profesionales, a la vez que les provea de una formación encaminada al acompañamiento y cuidado de las mujeres, contemplando el ciclo reproductivo como una fase del ciclo de vida y no como una situación de riesgo médico. También las debe orientar hacia la formación de posgrado e

investigación a través del segundo y tercer ciclo universitario (máster y doctorado) para seguir creando evidencia relacionada con la atención de calidad a las necesidades de salud de las mujeres.

EL ANONIMATO DE LA DONACIÓN DE GAMETOS. ¿HAY QUE MEJORAR LA SITUACIÓN ACTUAL?

L'anonimat en la donació de gàmetes. S'hauria de millorar la situació actual?

The Anonymity of Gamete Donation: Should the Current Situation Be Improved?

Margarita Boladeras¹

Correo electrónico: boladeras@ub.edu

1. Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política. Universidad de Barcelona. (Barcelona, España). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9216-201X>

Recibido: 23/04/2023 Aceptado: 10/05/2023



RESUMEN

El anonimato de la donación de gametos es objeto de muchas críticas por parte de las personas nacidas por las técnicas de reproducción asistida (TRA) con gametos o embriones de donante, tanto en España como en otros países. El texto aporta información de esta situación y de las diversas legislaciones existentes en distintos países, así como la orientación ética de los principios que deben ser respetados. Muchos países hace años que han legislado sobre el no anonimato de los donantes de TRA y el Consejo de Europa aprobó en 2019 una recomendación aconsejando a los Estados miembro seguir este modelo. **OBJETIVO.** Señalar situaciones que deberían evitarse, presentar argumentos y acciones que permitan lograr su superación. **MÉTODO.** Narración de situaciones personales de desamparo legal, análisis ético y jurisprudencial de las mismas, y propuestas de actuación para evitar tales situaciones. **CONCLUSIONES.** Necesidad de cambios legislativos en muchos países, incluyendo España, para proteger el derecho a conocer los orígenes de los nacidos por donación de gametos.

Palabras clave: donación de gametos anónima; derecho a conocer los orígenes; técnicas de reproducción asistida.

RESUM

L'anonimat de la donació de gàmetes és objecte de moltes crítiques per part de les persones nascudes per les tècniques de reproducció assistida (TRA) amb gàmetes o embrions de donant, tant a Espanya com en altres països. El text aporta informació d'aquesta situació i de les diverses legislacions existents en diferents països, així com l'orientació ètica dels principis que han de ser respectats. Molts països fa anys que han legislat sobre el no anonimat dels donants de TRA i el Consell d'Europa va aprovar el 2019 una recomanació aconsellant als Estats membres seguir aquest model. **OBJECTIU.** Assenyalar situacions que haurien d'evitar-se, presentar arguments i accions que permetin aconseguir la seva superació. **MÈTODE.** Narració de situacions personals de desemparament legal, anàlisi ètica i jurisprudencial d'aquestes, i propostes d'actuació per a evitar tals situacions. **CONCLUSIONS.** Necessitat de canvis legislatius en molts països, incloent-hi Espanya, per a protegir el dret a conèixer els orígens dels nascuts per donació de gàmetes.

Paraules clau: donació de gàmetes anònima; dret a conèixer els orígens; tècniques de reproducció assistida.

ABSTRACT

The anonymity of gamete donation is the subject of harsh criticism from the people born by assisted reproduction techniques (ART) with donor gametes or embryos, both in Spain and in other countries. The text provides information on this situation and on the various laws in different countries, as well as the ethical orientation of the principles to be respected. Many countries have legislated for years on the non-anonymity of ART donors and the Council of Europe approved a recommendation in 2019 advising to follow this model. **GOAL.** To point out situations that should be avoided, present arguments and actions to overcome them. **METHOD.** Narration of personal situations of legal distress, ethical and jurisprudential analysis of the same, and proposals for action to avoid such situations. **CONCLUSIONS.** Need for legislative changes in many countries, including Spain, to protect the right to know the origins of those born by gamete donation.

Keywords: Anonymous Donation of Gametes; Right to Know the Origins; Assisted Reproduction Techniques.

INTRODUCCIÓN

En España la donación de gametos (semen y óvulos) para su uso en las técnicas de reproducción asistida (TRA) ha sido siempre anónima, amparada legalmente por las tres leyes sucesivas que se han promulgado sobre esta temática, la de 1988, la segunda de 2003 y la tercera de 2006. Esta circunstancia ha permitido el amplio desarrollo de dichas técnicas, hasta el punto de llegar a ser el país de Europa que realiza más tratamientos y el tercero del mundo, según informan en un artículo Isolina Riaño-Galán, Carmen Martínez González y Sergio Gallego Riestra. En él escriben: «la tasa de niños nacidos por TRA por encima del 9% del total de nacimientos, entraña una paradoja: decrece el total de nacimientos, pero aumenta el número de nacidos por TRA, y una discordancia: la popularidad de las TRA contrasta con el hermetismo que suele acompañar a estos nacimientos» (2021).

En otros países no ha sido así. Ya la ley de Suecia de 1984 estableció el no anonimato de los donantes. Países de nuestro entorno como Noruega (2003), Países Bajos (2004), Reino Unido (2005) y Finlandia (2006) derogaron el anonimato originariamente implantado; Austria, Países Bajos, Suiza y Alemania permiten la identificación de los donantes; Portugal (2018) considera que el anonimato no es constitucionalmente admisible. El ordenamiento estadounidense otorga voluntariedad al donante para permanecer o no en el anonimato (Riaño-Galán, Martínez González y Gallego Riestra, 2021).

Incluso en el Estado de Victoria en Australia se ha abolido completamente y de forma retroactiva el anonimato de los donantes, considerando que el Estado tiene la responsabilidad de dar la posibilidad de conocer sus orígenes a todas las personas concebidas por donantes, incluyendo la identificación personal del donante.

Según indica el doctor Julio Herrero, jefe de sección del Área de Reproducción Asistida, Ginecología y Endocrinología del Hospital de la Vall d'Hebrón, el anonimato se mantiene en la República Checa, Lituania, Montenegro, Eslovaquia, Malta, Estonia, Grecia y Macedonia del Norte. En algunos países el sistema es mixto, como en Dinamarca, Bélgica, Rumanía, Irlanda e Islandia (Herrero, 2020).

Esta situación tan diversa se ha producido por la disparidad de criterios éticos, legales y psicológicos que se tienen en cuenta para justificar las diferentes posiciones, así como el distinto peso y prioridad que se concede a cada uno de ellos. En un principio se consideró ante todo la necesidad de perfeccionar los procedimientos médicos para lograr el éxito de los tratamientos para las parejas que no podían tener hijos y obtener el suficiente material

biológico disponible en buenas condiciones para facilitar la aplicación de tales técnicas; el anonimato de los donantes incentiva la donación y parecía justificado por el carácter en principio altruista de la donación, así como por la necesidad de preservar la privacidad de los involucrados. Además, según explica el Dr. Màrius Morlans, el modelo que se tenía *in mente* para el trato de los donantes era el procedente de la donación de sangre: la donación de sangre, altruista y anónima fue un logro extraordinario que ha beneficiado a toda la humanidad. La Cruz Roja creó su primer banco de sangre en Londres en 1921 y posiblemente su eficacia y prestigio contribuyeron a la expansión de los bancos de sangre aprovisionados mediante las donaciones altruistas y anónimas. Por ello, cuando se pasó a la donación de órganos y tejidos se siguió actuando bajo esas coordenadas de altruismo y anonimato, «valores que cuentan con un amplio respaldo social». «La donación de gametos tiene su especificidad en cuanto contribuye a la reproducción de la especie, pero ello no parece motivo suficiente para que no pueda beneficiarse de ambos requisitos» (Morlans, 2013).

El Tribunal Constitucional que resolvió el recurso de inconstitucionalidad que se interpuso contra la ley de TRA de 1988 declaró su constitucionalidad en una sentencia de 17 de junio de 1999. Con relación al anonimato de los donantes, los denunciantes alegaban que era contrario al artículo 39.2 de la Constitución, en el que se reconoce a los hijos el derecho a investigar su paternidad; el TC afirma en su sentencia: 1) en el ámbito de las TRA la investigación no tiene la finalidad que subyace al texto constitucional: establecer vínculos jurídicos comprensivos de derechos y obligaciones recíprocas; 2) la ley impugnada permite revelar la identidad cuando concurren causas excepcionales en las que la vida del hijo pueda estar en peligro o cuando proceda con arreglo a las leyes procesales; 3) es la forma en que puede protegerse el derecho a la intimidad de los donantes (Puigpelat, 2013).

Con el tiempo y la experiencia se vio que había que tener cuidado en muchos sentidos: controlar el número de inseminaciones con el material de un mismo sujeto,¹ evitar la posibilidad de consanguineidad en posibles parejas de los niños que nacían y mantener un registro completo de todo lo que se estaba haciendo y de cada una de las personas que

¹ Se han producido muchos casos de inseminaciones masivas con el esperma de un mismo sujeto, en diferentes países. Una de las últimas experiencias ha ocurrido en los Países Bajos, donde existe la limitación de 25 inseminaciones por sujeto (ahora se está proponiendo que sean 12). En 2017 la Asociación de Ginecólogos y Obstetras advirtió que un donante de esperma, Jonathan M., tenía ya 102 hijos con la mediación de 11 clínicas. Él optó entonces por ofrecer sus servicios a través de internet y en el extranjero, y, según una fuente bien informada, el propio Jonathan calcula que puede tener unos 550 hijos, puesto que se ha desplazado también personalmente al extranjero, a países como España (Ferrer, 2023).

intervenían en estos procedimientos. Pero por encima de todo ello, se constató que los bebés fruto de estas técnicas también tienen sus necesidades psicológicas y sus derechos y que quizá no se habían protegido suficientemente. Toda persona tiene derecho a conocer sus orígenes, tanto los biológicos como los genéticos, porque son parte importante de su identidad. El anonimato del donante supone una barrera infranqueable si la persona nacida por TRA quiere reclamar su derecho a conocer la identidad del donante.

Veamos con más detenimiento todos los aspectos involucrados en esta problemática.

METODOLOGÍA

Este texto aporta información sobre la situación de personas que se sienten legalmente desamparadas en su derecho fundamental de recabar información sobre sus orígenes, para lo cual se sigue un proceso narrativo en base a las manifestaciones de los propios sujetos, teniendo en cuenta también diversas informaciones de varias fuentes solventes que completan el marco del problema.

Se analizan asimismo diversas legislaciones existentes en distintos países, mediante un relato recopilatorio de la bibliografía existente sobre el tema, que permite constatar los principios éticos y constitucionales que deben respetarse en las situaciones descritas. Dicha investigación permite conocer que hace años que muchos países han legislado sobre el no anonimato de los donantes de TRA, por respeto al derecho fundamental de los hijos nacidos por TRA de poder conocer sus orígenes, y que el Consejo de Europa aprobó en 2019 una recomendación aconsejando a los Estados miembros seguir este modelo.

El razonamiento sobre los hechos constatados y las obligaciones éticas y legales que comportan llevan a las conclusiones sobre la necesidad de introducir cambios legislativos en muchos países, incluyendo España, para proteger el derecho a conocer los orígenes de los nacidos por donación de gametos.

¿QUÉ DICE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA?

La ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, en el punto 5 del artículo 5 sobre donantes y contratos de donación dice:

La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así

como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan.

Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes legales a obtener información general de los donantes **que no incluya su identidad**. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos y de los preembriones.

Solo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un peligro cierto para la vida o la salud del hijo o cuando proceda con arreglo a las Leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad de los donantes, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. Dicha revelación tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de los donantes.

Tal formulación restringe de forma drástica la posibilidad de tener acceso a la identidad de los donantes, ya que solo se concibe como una excepción aceptable en el caso de una situación médica grave o una actuación legal insoslayable.

Esta disposición contrasta con lo que se establece para el caso de niños adoptados. En el Estado español, el derecho a la información sobre el propio origen está desarrollado en el contexto de la adopción por las legislaciones autonómicas sobre protección de menores. En Cataluña, desde la entrada en vigor del libro segundo del Código Civil, en el año 2011, el reconocimiento de este derecho (art. 235-49) se complementa con la obligación de los adoptantes de informar al hijo adoptado sobre su adopción (art. 235-50). El artículo 117.3 de la LDOIA regula el procedimiento a partir del cual la persona adoptada, desde su mayoría de edad, tiene derecho a acceder a su expediente y a conocer los datos sobre sus orígenes y parientes biológicos (Comité de Bioética de Cataluña, 2016).

¿HAY PROTESTAS CONTRA ESTE ORDENAMIENTO JURÍDICO?

Sí, se han producido debates públicos sobre esta situación. En Cataluña el programa *30 Minuts* del canal autonómico TV3 emitió este año un reportaje en el que se daba voz a los distintos actores implicados en estas situaciones, entre ellos a dos jóvenes, Miquel Roura y Maria Sellés, que hace años reclaman poder tener información de la identidad de sus orígenes biológicos y piden que se cambie la ley (Bassa et al., 2023). Esa información se guarda en los centros donde se llevó a cabo el tratamiento, pero estos no pueden facilitarla por imperativo legal. Maria Sellés se muestra muy contundente al afirmar: «Imaginaros que alguien tiene vuestro historial médico, la información sobre vuestra genealogía,

vuestra familia... Es que **esta información es mía**. Y, además, me la han robado con la connivencia de mi padre biológico y de mi madre biológica». Es evidente que esa información no es solo suya, pero también es suya. Desde la ética y la legislación es preciso velar por los derechos de todas las personas.

Miquel Roura dice que él solo reclama un derecho, también el derecho de decir a sus hijos «toda esta gente con estos apellidos son familia tuya», por si ellos después quieren evitar consanguinidades o no; ¡es su derecho!

En el reportaje también aparece una madre que hizo su tratamiento en Portugal porque allí las donaciones no son anónimas y así podía garantizar el derecho de su hijo a tener la información sobre el origen de sus genes.

Otro dato relevante que se pone sobre la mesa en esa emisión es que cinco de los seis donantes que aparecen estarían dispuestos a darse a conocer, si los nacidos gracias a sus donaciones estuvieran interesados en ello.

Finalmente, destacaré la intervención de Núria Terribas, vicepresidenta del Comité de Bioética de Cataluña, que recuerda que dicho comité ya hace años que se pronunció a favor de suprimir el anonimato de los donantes para equiparar el derecho de los hijos de donante al de los hijos adoptados. En su opinión, si en España no se ha modificado la ley como ha sucedido en otros países es porque no interesa, porque se quiere seguir siendo el país líder en reproducción y el no anonimato inhibe las donaciones; se trata claramente de un conflicto de intereses.

Podrían citarse otros ejemplos y hacer referencia a distintos reportajes y películas de diversos países que han abordado esta temática, pero añadiré tan solo la opinión expresada por Isolina Riaño, Carmen Martínez y Sergio Gallego, sanitarias del Hospital Universitario Central de Asturias, del Centro de Salud Villablanca (Madrid) y miembro de la Consejería de Salud del Principado de Asturias, respectivamente:

El movimiento tendente a introducir en nuestro país una modificación legislativa que acabe con el anonimato de los donantes de gametos se basa en el derecho de los nacidos a conocer su filiación biológica. Junto con los cambios jurídicos, la actitud de padres y profesionales debe ir modificándose hacia una comunicación más transparente y responsable, en función de las experiencias de los adultos concebidos por estas técnicas y de los adoptados. Construir valores como la confianza y la verdad en el ámbito de las relaciones familiares desde la responsabilidad requiere colocar a los hijos, grandes olvidados y parte más vulnerable, en el centro del debate. (2021)

Por parte de los juristas españoles, ya hace años que se han levantado voces reclamando la revisión de los argumentos a favor del anonimato de los donantes y la debida protección del derecho a conocer los orígenes de los niños nacidos por TRA. Entre ellos, Margarita Garriga Gorina (2000 y 2007), I. Alkorta (2003), Francisco Rivero Hernández (2004), Francesca Puigpelat (2012 y 2013), Noelia Igareda (2016) y otros muchos después de estas fechas.

En diversos países se han creado organizaciones de defensa de los derechos de los afectados por el anonimato de los donantes.

EL DOCUMENTO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA

En 2016 el Comité de Bioética de Cataluña aprobó e hizo público un documento sobre *El derecho a conocer los orígenes biológicos y genéticos de la persona*. En él se aborda el conflicto que se presenta en dicha cuestión: por un lado, el derecho a saber del hijo y, por otro lado, el derecho a la intimidad de sus progenitores o del donante. «Parece que dichos intereses en conflicto no son percibidos como simétricos entre las partes, en tanto que el hijo siempre es la parte más vulnerable cuyos derechos deben protegerse».

Es por ello que se considera conveniente y recomendable que las relaciones familiares estén regidas por la honestidad (Garriga, 2007: p. 173-174; Nuffield, 2013: p. 86 y ss.), y a su vez se ve como perjudicial para cualquier relación entre dos personas que una tenga información relevante sobre la otra y la mantenga en secreto (Warnock, 2002: p. 66), en especial dados los efectos negativos que puede provocar su descubrimiento de forma accidental (Jadva et al., 2009: p. 1917-1918; Beeson et al., 2011: p. 2418; Blyth, 2012: p. 144; Nuffield, 2013: p. 61; Cahn, 2014: p. 1097-1098) (Comité de Bioética de Cataluña, 2016).

El texto analiza la importancia que el conocimiento de los orígenes tiene para la constitución de la identidad personal y la intrínseca relación de esta con el desarrollo de la autonomía y la libertad individual; la legislación debe amparar al proceso de formación de la propia personalidad para proteger su derecho a la autonomía y a la libertad. Asimismo, se presentan distintos enfoques éticos que se han dado a esta cuestión y los límites del derecho a saber (ningún derecho es absoluto), advirtiendo de que se trata de un derecho y no de una obligación, algo que se ha de tener muy en cuenta porque muchas personas no desean desentrañar ciertas realidades y ese deseo también debe ser respetado.

Al final del documento se presenta un resumen de las ideas más relevantes que no pueden obviarse en este asunto, de las que destaco las siguientes:

- El derecho a conocer los orígenes abarca los orígenes en sentido amplio (biológicos y genéticos), dado que tanto el proceso de gestación como el de concepción son procesos biológicos relevantes —no necesariamente esenciales y vinculados siempre a cada persona— para forjar la propia identidad.
- Por su naturaleza, el derecho a conocer los orígenes no puede ser absoluto ni coercible.
- Se trata de un derecho, no de una obligación, con lo que el ejercicio es libre por parte de los titulares: objetivamente, como sociedad, tenemos el deber de permitir el acceso a conocer los orígenes y, subjetivamente, la persona decidirá si desea saber o no, como digerirlo e incluso qué papel e importancia le concede en la constitución de la identidad y biografía personal.
- La cualificación como derecho implica que el ejercicio no se pueda dejar solo a la voluntad del cedente en adopción o donante, por lo que los sistemas que limitan el conocimiento de los orígenes a la elección realizada previamente por estos serían poco respetuosos con los intereses de las personas adoptadas, o bien concebidas o gestadas a partir del recurso a las TRA.
- Para reconocer y ejercer este derecho, hay que tener presente que, a diferencia de lo que pueda suceder en el contexto de la filiación por naturaleza (en que la información sobre el origen pueda quedar reservada a la esfera de las personas que toman parte en sus relaciones sexuales en que la filiación tiene origen), en la filiación adoptiva y en la que resulta del acceso a TRA con gametos de donante, existen terceras personas que tienen información sobre el interesado que este mismo desconoce.
- Aceptando, por un principio de igualdad, la dificultad de marcar diferencias entre adopción y TRA en el derecho a conocer los orígenes, hay que ponderar bien la legitimidad de establecer límites en el ejercicio de este derecho en el escenario de la reproducción asistida, de conformidad con los derechos de las partes afectadas.
- Las consecuencias que pueden derivarse de la supresión del anonimato en el caso de la donación de gametos no pueden ser las razones por las que el Estado priva a

la persona concebida con gametos de un donante de un aspecto importante de su vida: la libertad de elegir qué significado otorga a los componentes genéticos de su identidad.

- Lo anterior no quita que los ordenamientos hayan de ser cuidadosos en lo referente a la forma y el momento idóneos para formular este reconocimiento y su alcance. Por ello, se ha de contemplar lo que podría conllevar la revelación de los orígenes genéticos y biológicos en algunas personas, para evitar o minimizar los posibles inconvenientes, tales como la supuesta irrupción del donante en la vida familiar, el impacto psicológico si la revelación se hace más allá de la primera adolescencia y la posible repercusión en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida. Se ha de recordar la posibilidad de graduar el derecho a conocer (por ejemplo, en las TRA, dando datos no identificativos, incluso aceptando la posibilidad de una «doble vía» según la voluntad de donantes —anónimos o no— y la elección de las receptoras) (Comité de Bioética de Cataluña, 2016).

LA RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO DE EUROPA

El 12 de abril de 2019 el Consejo de Europa aprobó la *Recomendación 2156-2019*, en la que se insta a los países miembros a promover la anulación del anonimato para las futuras donaciones de gametos, dando la oportunidad de revelar la identidad del donante al hijo cuando alcance la mayoría de edad (a los 16 o los 18 años), aunque preservando su derecho a no conocer si fuera el caso. Así se indica en los distintos apartados del punto 7 del documento, que resumo a continuación:

7.1. Se tendría que renunciar al anonimato de las donaciones futuras en los Estados miembros. La persona concebida por TRA podrá decidir si quiere tener información de sus padres genéticos cuando llegue a la mayoría de edad o prefiere renunciar a ella. Debidamente asesorado podrá decidir si entra en contacto con el donante.

7.2. La renuncia al anonimato no debería tener ninguna consecuencia jurídica sobre la filiación. El donante debería ser protegido de cualquier demanda de determinación de la filiación o de reivindicación parental sucesoria.

7.3. Habrá que crear los registros necesarios para conservar toda la información de forma segura y eficaz, teniendo en cuenta también la limitación de las

donaciones de cada sujeto. Los registros deberán compartirse, a nivel nacional y en un sentido transfronterizo.

7.4. No debería suspenderse el anonimato de los donantes de forma retroactiva, ya que fue un compromiso adquirido en el momento de la donación. Si el donante desea hacerlo voluntariamente, deberá tener el asesoramiento preciso antes de llevarlo a cabo.

7.5. Estos principios deberían aplicarse sin perjuicio de la prioridad absoluta de que la donación de gametos ha de seguir siendo un acto voluntario y altruista, realizado con el único objetivo de ayudar a otros y, por lo tanto, sin ninguna ganancia financiera o ventaja comparable para el donante.

A raíz de la publicación de esta recomendación europea, el Comité de Bioética de España elaboró un documento a favor de eliminar el anonimato: *Informe del Comité de Bioética de España sobre el derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer sus orígenes biológicos*, Madrid, 15 de enero de 2020.

Francia ha hecho cambios en su legislación en la línea de la recomendación europea. La reforma de la ley francesa que se aprobó en agosto de 2021 facilita el «acceso a los orígenes personales» y para ello los donantes van a tener que dar su consentimiento a que en un futuro su identidad pueda ser conocida por los hijos mayores de edad que así lo soliciten.

LA LEY FRANCESA DE 2021

En 2021 la Asamblea nacional francesa aprobó la Ley 2021-1017 relativa a la Bioética (*Loi n. 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique*), por la que se ponen al día diversos aspectos relativos a temas bioéticos, modificando o complementando muchos artículos del Código de la Salud Pública, el Código de Seguridad Social, el Código de la Acción Social y de las Familias, y el Código Civil. Es un largo texto de 33 páginas, del que destacaré las cuestiones relacionadas con el objetivo de este artículo.

La ley amplía la posibilidad de aplicar las TRA a las parejas de mujeres y a las mujeres solas que deseen utilizarlas y reconoce el derecho de los niños nacidos de estas técnicas a conocer sus orígenes, pudiendo solicitar ser informados de los datos no identificativos y de la identidad del donante. Así se explicita este derecho en la ley:

Artículo 5

[...] Toda persona concebida por asistencia médica a la procreación con una tercera donante, si ella lo desea, a su mayoría de edad puede acceder a la identidad y a los datos no identificativos del donante.

[...] Las personas que desean proceder a una donación de gametos o proponer a su embrión en acogida consienten expresamente y de antemano a la comunicación de estos datos y de su identidad, en las condiciones previstas en el párrafo primero del presente artículo. En el caso de rechazar dicha condición, estas personas no pueden proceder a esta donación ni proponer esta acogida.

[...] A partir de una fecha fijada por decreto, únicamente pueden ser utilizados para una tentativa de asistencia médica a la procreación los gametos y los embriones propuestos en acogida de aquellos donantes que hayan consentido a la transmisión de sus datos no identificativos y a la comunicación de su identidad en caso de solicitud por parte de las personas nacidas de su donación.

Artículo 6

[...] En el caso de la asistencia médica a la procreación que requiere la intervención de una tercera persona donante, no se puede establecer ninguna relación de filiación entre el autor de la donación y el niño nacido de la asistencia médica a la procreación.

No se puede ejercer ninguna acción de responsabilidad contra el donante.

La ley prevé un periodo de transición de un año para preparar todos los procedimientos que han de ponerse en marcha para la aplicación de las nuevas disposiciones. Además de los aspectos relativos a la organización sanitaria en torno a toda la información, se tiene que nombrar una «Comisión de acceso a los orígenes», que estará bajo la autoridad del ministro de Salud y presidida por un magistrado, con los siguientes miembros:

1 de la jurisdicción administrativa,

4 representantes de los ministros de justicia, acción social y salud,

4 personalidades cualificadas escogidas en razón de sus conocimientos o de su experiencia en el dominio de la asistencia médica a la procreación o a las ciencias humanas y sociales,

6 representantes de asociaciones cuyo objeto entre dentro del ámbito de la comisión.

ALGUNAS CONCLUSIONES. PROMOVER EL CAMBIO LEGISLATIVO EN ESPAÑA

En España existe una gran resistencia a un cambio legislativo de este tipo por parte de muchos profesionales de las TRA. Se utilizan sobre todo dos líneas argumentales: por un lado, la complejidad organizativa e interpersonal que comporta el no anonimato de los donantes y los conflictos familiares que se pueden suscitar por los distintos deseos de las personas involucradas; por otro lado, la inhibición que se produce en las donaciones cuando no se garantiza el anonimato de los donantes. Son razones de peso, pero es muy difícil sostener que la evitación de estas consecuencias pueda anteponerse a la garantía de un derecho fundamental de una persona y a las derivadas que esto comporta. Hay que reclamar responsabilidad a todos los individuos que intervienen en estas actividades humanas de gran calado emocional y vivencial. La persona que nace no puede ser un mero instrumento de parejas, donantes y profesionales de las TRA.

Actualmente son muchos los nacidos por donación de gametos y embriones, y por ello aumenta el número de los que desean conocer sus orígenes. En un momento en que el despliegue de registros de ADN se multiplica y facilita la posibilidad de solicitar búsquedas de parentesco, la tensión emocional de los interesados puede llegar a ser muy perjudicial. El anonimato está cada vez más amenazado y la búsqueda de los orígenes a contrapelo de las leyes es una fuente de infelicidad y de conflictos.

Con relación a la disminución de donantes cuando la donación no es anónima, según informa la asociación francesa Procreación Médica Anónima (Association Procréation Médicalement Anonyme), es cierto que las donaciones descienden mucho cuando no son anónimas, pero en algunos países que lo han hecho, al cabo de un tiempo, han remontado considerablemente las cifras de donantes. De esta cuestión ya habló Mary Warnock en su famoso libro *Fabricando bebés* de 2002, en el que escribió: «[...] en aquellos países escandinavos en los que el anonimato del donante ya no se preserva, después de una caída inicial, el número de donantes se ha estabilizado». Otras fuentes señalan que se producen cambios en el perfil personal del donante, habitualmente en sentido positivo.

Francesca Puigpelat nos recordó en 2013 que «no puede desconocerse que cuando hay donaciones de engendramiento un conjunto de personas concretas contribuyen intencionadamente a que otras puedan satisfacer su proyecto parental. Abogar por la supresión del anonimato, además de facilitar el control del mercado de la reproducción,

supone reconocer la existencia de esta actividad cooperativa y permitir su visibilidad a la persona nacida gracias a ella».

Es hora ya de que en España se abra un debate público sobre las necesidades y derechos de los ciudadanos que están concernidos por esta materia, sin dejar de lado a los nacidos. Es necesario un diálogo amplio, en el que tienen que hablar y escuchar tanto los profesionales cargados de experiencia como los que se sienten ninguneados como personas por el incumplimiento de obligaciones éticas fundamentales por parte de individuos e instituciones. Las buenas razones pueden mover las voluntades libres y la responsabilidad profesional sabrá encontrar el camino para hacer las cosas bien.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIATION PROCRÉATION MÉDICALEMENT ANONYME. 2023. Disponible en: <https://pmanonyme.asso.fr/la-charte-de-lassociation-pma/>
- BASSA, Mariana; GONZALO, Àlex. *Gens anònims*. En: *30 Minuts* [programa televisivo]. Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals — TV3: 26/02/2023. [Consulta: 12 de abril 2023]. Disponible en: www.ccma.cat/tv3/30-minuts/vull-saber-don-venen-els-meus-gens/not-icia/3214364/
- BEESON, D. R.; JENNINGS, P. K.; KRAMER, W. Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process. En: *Hum Reprod*. 2011, vol. 26, núm. 9, pp. 2415-24.
- BLAUWHOFF, R. J. *Foundational facts, relative truths: a comparative law study on children's right to know their genetic origins*. Antwerp: Intersentia, 2009.
- BLYTH, E. Discovering the «facts of life» following anonymous donor insemination. En: *Int J Law, Policy Family*. 2012, vol. 26, núm. 2, pp. 143-61.
- CAHN, N. Do tell! The rights of donor-conceived offspring. En: *Hofstra Law Rev*. 2014, vol. 42, pp. 1077-1024.
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA. *El derecho a conocer los orígenes biológicos y genéticos de la persona*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2016. [Consulta: 5 de abril de 2023.]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/derecho_origenes_biologicos.pdf
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA. *Informe del Comité de Bioética de España sobre el derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer sus orígenes biológicos*. Madrid: 15 de enero de 2020. [Consulta: 5 de abril de 2023]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20del%20CBE%20sobre%20el%20derecho%20de%20los%20hijos%20nacidos%20de%20las%20TRHA.pdf>
- CONSEJO DE EUROPA. *Recommandation 2156 (2019), Don anonyme de sperme et d'ovocytes: trouver un équilibre entre les droits des parents, des donneurs et des enfants*. [Consulta: 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pace.coe.int/pdf/54d58acd56d8010dd7b251823f5b14c98cbb3865b2be482126cc6dc070712f66/rec.%202156.pdf>
- FERRER, Isabel. Demandado en Países Bajos un donante de semen al que se le atribuyen al menos 550 hijos. En: *El País*. 28 de marzo de 2023. [Consulta: 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2023-03-28/demandado-en-paises-bajos-un-donante-de-semen-al-que-se-le-atribuyen-al-menos-550-hijos.html>
- GARRIGA GORINA, Margarita. *La adopción y el derecho a conocer la filiación de origen: un estudio legislativo y jurisprudencial*. Elcano: Aranzadi, 2000.

- GARRIGA GORINA, Margarita. El conocimiento de los orígenes genéticos de la filiación por reproducción asistida con gametos donados por un tercero. En: *Derecho Privado y Constitución*. 2007, 21:167-228. [Consultado el 11 de abril de 2023.] Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2507320>
- HERRERO, Julio. Detrás del anonimato en la donación de gametos hay más de dos personas implicadas [post]. *Linkedin*. 26 de febrero de 2020. [Consulta: 12 de abril de 2023] Disponible en <https://www.linkedin.com/pulse/detr%C3%A1s-del-anonimato-en-la-donaci%C3%B3n-de-gametos-hay-m%C3%A1s-julio-herrero/>
- IGAREDA GONZÁLEZ, Noelia. La donación anónima de gametos para reproducción humana asistida en España: problemas y retos. En: *Rev Bio y Der*. 2016, vol. 38, pp. 71-86.
- ADVA, V., et al. The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. En: *Hum. Reprod*. 2009, vol. 24, núm. 8, pp. 1909-19.
- MORLANS MOLINA, Màrius. El anonimato en la donación de gametos. En: Boladeras, M. (ed.). *Bioética: justicia y vulnerabilidad*. Cànoves: Proteus, 2013, pp. 157-174.
- NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *Donor conception: ethical aspects of information sharing*. London: Nuffield Council on Bioethics; 2013.
- PUIGPELAT, Francesca. El anonimato de las donaciones en las técnicas de reproducción asistida: una solución insatisfactoria desde una perspectiva feminista. En: M. Casado y A. Royes (coords.). *Sobre Bioética y Género*. Barcelona: Aranzadi, 2012.
- PUIGPELAT, Francesca. Contra el anonimato de las donaciones en las técnicas de reproducción asistida. En: Boladeras, M. (ed.). *Bioética: justicia y vulnerabilidad*. Cànoves: Proteus, 2013, pp. 175-190.
- RIAÑO-GALÁN, Isolina; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, Carmen; GALLEGO RIESTRA, Sergio. Cuestiones éticas y legales del anonimato y la confidencialidad en la donación de gametos. En: *Anales de Pediatría*. 2021, vol. 94, pp. 337-e6.
- RIVERO HERNÁNDEZ, Francisco. La constitucionalidad del anonimato del donante de gametos y el derecho de la persona al conocimiento de su origen biológico. En: *Revista jurídica de Catalunya*. 2004, vol. 103, núm. 1, pp. 105-134.
- WARNOCK, Mary. *Making babies. Is there a right to have children?* Oxford: Oxford University Press, 2002. [Trad. esp.: *Fabricando bebés. ¿Existe un derecho a tener hijos?* Barcelona: Gedisa, 2003]

REFORMA DE LA LEY DEL ABORTO, LEY ORGÁNICA 1/2023; IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Reforma de la llei de l'avortament, Llei Orgànica 1/2023; Implicacions per a la pràctica professional

Reform of the Abortion Law, Organic Law 1/2023; Consequences for Professional Practice

Ainoa Biurrun-Garrido¹, Victoria García-Garro², Carme Perelló-Íñiguez³, Gerard Colomar-Pueyo⁴

Autora correspondencia: Carme Perelló-Íñiguez

Correo electrónico: cperelin7@alumnes.ub.edu

1. Grupo de investigación DAFNiS (Dolor, Activitat Física, Nutrició i Salut) Campus Docent, Sant Joan de Déu-Fundació Privada. IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). (Barcelona, España). ORCID: <https://orcid.org/0000-00031955-1526>

2. Matrona en Parc Salut Mar (Hospital del Mar de Barcelona y PASSIR litoral). (Barcelona, España).

3. Doctoranda Programa en Ciudadanía y Derechos Humanos Universitat de Barcelona. (Barcelona, España). ORCID: <https://orcid.org/0000-00029904-84394>

4. Diplomado Universitario en Enfermería (DUE). Licenciado en Derecho. (Barcelona, España). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2941-8905>

Recibido: 01/04/2023 Aceptado: 10/05/2023



RESUMEN

OBJETIVO. Conocer las implicaciones profesionales de la aplicación de la Ley Orgánica 1/2023. **MATERIAL Y MÉTODO.** Analizar, desde una perspectiva ética-jurídica, la reforma de la ley de despenalización del aborto. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** La Ley Orgánica 1/2023, reforma la ley del aborto en España. Las principales diferencias en relación con la ley anterior son: 1) Consentimiento: Las mujeres mayores de 16 años pueden tomar la decisión de abortar sin necesidad de consentimiento de sus representantes legales. 2) Registro estatal autonómico de objeción de conciencia para profesionales sanitarios/as. 3) Información: Los profesionales sanitarios deben proporcionar información completa y veraz sobre las opciones de aborto, riesgos y consecuencias. La nueva ley elimina el periodo de reflexión de tres días entre la consulta inicial y procedimiento. **CONCLUSIONES.** La nueva ley del aborto en España amplía el acceso a dichos servicios y mejorar los derechos reproductivos. Desde la perspectiva profesional, sus cambios tienen implicaciones para los sanitarios que atienden a las mujeres. Es importante que estos profesionales estén informados y actualizados sobre la nueva ley y las obligaciones que conlleva. Los servicios de salud deben estar preparados para ofrecer información y apoyo a las mujeres y garantizar los plazos y requisitos establecidos en la ley.

Palabras clave: aborto; legislación; práctica profesional; partería; personal de salud.

RESUM

OBJECTIU. Conèixer les implicacions professionals de l'aplicació de la Llei orgànica 1/2023. **MATERIAL I MÈTODE.** Analitzar, des d'una perspectiva ètica-jurídica, la reforma de la llei de despenalització de l'avortament. **RESULTATS I DISCUSSIÓ.** La Llei orgànica 1/2023, reforma la llei de l'avortament a Espanya. Les principals diferències en relació amb la llei anterior són: 1) Consentiment: Les dones majors de 16 anys poden prendre la decisió d'avortar sense necessitat de consentiment dels seus representants legals. 2) Registre estatal autonòmic d'objecció de consciència per a professionals sanitaris/as. 3) Informació: Els professionals sanitaris han de proporcionar informació completa i veraç sobre les opcions d'avortament, riscos i conseqüències. La nova llei elimina el període de reflexió de tres dies entre la consulta inicial i procediment. **CONCLUSIONS.** La nova llei de l'avortament a Espanya àmplia l'accés a aquests serveis i millorar els drets reproductius. Des de la perspectiva professional, els seus canvis tenen implicacions per als sanitaris que atenen les dones. És important que aquests professionals estiguin informats i actualitzats sobre la nova llei i les obligacions que comporta. Els serveis de salut han d'estar preparats per a oferir informació i suport a les dones i garantir els terminis i requisits establerts en la llei.

Paraules clau: avortament; legislació; pràctica professional; comaratge; personal de salut.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To determine the professional implications of the application of Organic Law 1/2023. **METHODOLOGY.** This work analyses, from an ethical-legal perspective, the reform of the abortion decriminalization law. **RESULTS AND DISCUSSION.** Organic Law 1/2023 reforms the abortion law in Spain. The main differences in relation to the previous law are: 1. Consent: Women over the age of 16 can make the decision to abort without the consent of their legal representatives. 2. State registry of conscientious objection for health professionals. 3. Information: Health professionals must provide complete and truthful information about abortion options, risks, and consequences. The new law eliminates the three-day reflection period between the initial consultation and the procedure. **CONCLUSIONS.** The new abortion law in Spain aims to expand access to abortion services and improve reproductive rights. From a professional perspective, its changes have implications for the health care providers who attend women. It is important that these professionals are informed and updated about the new law and the obligations it entails. Health services must be prepared to offer information and support to women and to guarantee the deadlines and requirements established in the law.

Keywords: Abortion; Legislation; Professional Practice; Midwifery; Health Personnel.

INTRODUCCIÓN¹

La interrupción inducida o provocada de la gestación ha sido, históricamente, una práctica penada, tal y como se puede observar en el Código Penal (CP) español de 1822, más concretamente en sus artículos 639 y 640. Dichos artículos establecían penas de hasta catorce años para los profesionales que lo facilitaran y de hasta ocho años para las mujeres embarazadas que abortaran bajo cualquier motivo o situación. Con la Segunda República, en 1937, aparece la primera norma referente a la interrupción del embarazo, la cual se aprobó en el Parlamento de Cataluña. Esta ley introdujo la posibilidad (siempre bajo estricto control) de interrumpir de forma artificial la gestación, ateniéndose a razones eugenésicas, terapéuticas y éticas. Dicha ley también establecía las sanciones a las que estaban sujetos los centros/profesionales cuando las interrupciones se realizaran sin autorización legal.

Posteriormente, durante la dictadura franquista la práctica del aborto paso a volver a ser ilegal desde el punto de vista penal (Bergallo et al., 2019), y no existía ninguna excepción a la que acogerse. En este momento histórico, las mujeres que disponían de recursos económicos y sociales se desplazaban al extranjero para realizar dicha técnica, ya que las leyes existentes en aquella época en otros países, como Inglaterra, eran más permisivas. Por tanto, no fue hasta más allá de la Constitución de 1978, con el proyecto de reforma de la Ley 9/1985 sobre despenalización del aborto, donde se produjo este cambio.

Actualmente, en el contexto español, el derecho a la vida se encuentra regulado en el artículo 15 de la Constitución Española (1978).

Artículo 15: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

Sin embargo, antes de la publicación de la reforma de Ley 9/1985, esta fue objeto de recurso de inconstitucionalidad el cual concluyó con la Sentencia 53/1985, de 11 de abril del Tribunal Constitucional (1985). Dicha sentencia realiza un estudio de la tramitación

¹ Este artículo se encuadra en el desarrollo del trabajo de tesis doctoral de la tercera autora del artículo (Carme Perelló Iñiguez), que se está desarrollando en el programa de doctorado de "Ciudadanía i DDHH" de la Universitat de Barcelona y se encuentra inscrita con el título provisional: "Violencia y abuso obstétrico: Consideraciones éticas entorno al embarazo, pérdida fetal, parto y postparto."

parlamentaria concluyendo que, cuando el texto constitucional, en su artículo 15, utiliza el término «todos» en lugar de «todas las personas», lo hace «*con la finalidad de incluir al nasciturus*» en la protección de dicho artículo a pesar de que, como también recuerda la sentencia, al no haber alcanzado personalidad jurídica, el *nasciturus* no puede ser, jurídicamente hablando, titular de derechos (Figueroa García-Huidobro, 2023). Además, el Tribunal Constitucional español parte del supuesto de que la vida es una realidad desde el inicio del embarazo, y declara que la gestación genera un *tertium* existencialmente distinto de la madre, aunque alojado en el seno de esta. Desde este punto de vista, la vida humana es un devenir, un proceso que comienza con el embarazo, y la gestación genera un *tertium* existencialmente distinto de la madre, aunque se cobija en esta (1985). En referencia a los fundamentos jurídicos dicha sentencia señala en el punto 5:

c) Que dentro de los cambios cualitativos en el desarrollo del proceso vital y partiendo del supuesto de que la vida es una realidad desde el inicio de la gestación, tiene particular relevancia el nacimiento, ya que significa el paso de la vida albergada en el seno materno a la vida albergada en la sociedad, bien que con distintas especificaciones y modalidades a lo largo del curso vital. Y previamente al nacimiento tiene especial trascendencia el momento a partir del cual el *nasciturus* es ya susceptible de vida independiente de la madre, esto es, de adquirir plena individualidad humana.

En el punto 11 podemos leer:

[...] si la vida del *nasciturus* se protegiera incondicionalmente, se protegería más a la vida del no nacido que a la vida del nacido, y se penalizaría a la mujer por defender su derecho a la vida [...]

Y en el punto 12

Desde el punto de vista constitucional, el proyecto, al declarar no punible el aborto en determinados supuestos, viene a delimitar el ámbito de la protección penal del *nasciturus*, que queda excluido en tales casos en razón de la protección de derechos constitucionales de la mujer y de las circunstancias concurrentes en determinadas situaciones.

A modo de resumen, se señalará que el Tribunal Constitucional establece como puntos de partida que el derecho a la vida es el más esencial de la Constitución, que la vida humana dependiente comienza en la gestación, que el *nasciturus* no es titular de derecho ya que no alcanza la personalidad jurídica según el artículo 29 del Código civil y que, a pesar de esto último, el *nasciturus*, por su condición de ser humano vivo y distinto, su vida es un bien jurídico que merece protección aunque esta es distinta de la vida humana independiente, como la de la madre. La prueba sería que se castiga más

(homicidio) de 10 a 15 años de cárcel por acabar con una vida humana independiente que en el caso de aborto (vida humana dependiente).

Con la entrada en vigor de la Ley 9/1985, sobre despenalización del aborto, las mujeres que precisaban dicha técnica dejaron de llevarla a cabo mediante circuitos clandestinos (Del Rio, 1989), a través de los cuales asumían riesgos para su salud. Asimismo, dicha ley provocó la introducción del artículo 417 bis en el Código Penal mediante el cual se despenalizó el aborto en ciertos supuestos. Por tanto, la interrupción de la gestación en España fue penada hasta el año 1985 en que el Gobierno español aprobó la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio 1985, permitiendo así la despenalización del aborto en tres circunstancias o supuestos: riesgo grave para la salud física o mental de la mujer embarazada (supuesto terapéutico), violación (supuesto ético o criminológico) y malformaciones o taras, físicas o psíquicas, en el feto (supuesto eugenésico). A nivel práctico, el hecho de que la ley de 1985 incluyera criterios tan amplios como salud física o psíquica de la embarazada, permitía una interpretación laxa y frecuentemente discutible, lo que llevaba a conflictos incluso entre los profesionales, apareciendo la necesidad de que se contemplara, en algunos casos, la objeción de conciencia.

De esto se desprende que, la introducción de la «salud psíquica» como causa de despenalización plantea o planteó en su día contrariedades ante la dificultad de precisar qué es la «salud psíquica» y cuándo se pone en peligro. Asimismo, otra de las cuestiones que provocaron la reforma fue que el aborto terapéutico, al no contemplar plazos, se podía llevar a cabo en cualquier momento de la gestación, incluso antes del parto, sin ser delito. Por todo lo mencionado, apareció la necesidad de modificar dicha ley, y de regular de algún otro modo la interrupción voluntaria de la gestación. Como consecuencia, en el año 2010, se promulgo la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, la cual estuvo vigente hasta marzo de 2023. Dicha ley tenía por objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo en el estado español. El germen de la ley 2/2010 se encuentra cuando, estando en el Gobierno, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) presenta un anteproyecto de ley para ampliar los supuestos de aborto en 1995. A finales de ese año, el Congreso aprobó por mayoría absoluta el proyecto de ampliación del aborto. Sin embargo, la convocatoria anticipada de elecciones generales y la posterior disolución de las Cámaras evitó su debate. La

victoria electoral del Partido Popular (PP) rehusó la ampliación del aborto durante dos legislaturas. Finalmente, en 2010, la mayoría parlamentaria deriva en la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, englobando dos aspectos esenciales; el garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y dotar de una nueva regulación la interrupción voluntaria del embarazo, fijando nuevas condiciones en el acceso a la prestación. Es así como el sistema español pasó de una regulación prohibitiva de la interrupción voluntaria de la gestación, en la que solo en determinados casos las mujeres podían interrumpir la gestación voluntariamente (grave peligro para la vida o la salud física y/o psíquica de la mujer, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando existieran de graves taras físicas o psíquicas en el feto), al reconocimiento del derecho a la maternidad libremente decidida, garantizando una toma de decisión libre e informada durante las primeras catorce semanas de gestación, sin necesidad de alegar motivo, como sí sucedía con la anterior regulación.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (orgánica porque regula un derecho fundamental, el derecho a la vida) deroga la ley de 1985, que despenalizaba el aborto en algunos supuestos, y pasa a despenalizarlo mediante una ley de supuestos y plazos:

- Por plazos: dentro de las primeras 14 semanas de gestación (artículo 14).
- Por supuestos: que denomina interrupción por causas médicas y que recoge los supuestos de aborto terapéutico y eugenésico (artículo 15).

A partir de la puesta en marcha de dicha ley en España, le corresponde a toda mujer el poder decidir voluntaria y deliberadamente la opción que más le convenga sobre su vida sexual y reproductiva. Así pues, la Ley 2/2010 reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, lo que implica que las mujeres pueden tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. Asimismo, ello implica la libertad de las mujeres de tener, o no, hijos, y de poder decidir cuándo tenerlos. Este derecho repercutía en que, independientemente de la decisión tomada, sería respetada y no discriminada ni por su raza, cultura, religión etc. (Goberna-Tricas, 2022). Por tanto, la mujer embarazada, en el contexto español, pasó a tener la capacidad de realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y de tener acceso a los servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud (SNS) tanto en hospitales públicos como

privados. No obstante, existían una serie de requisitos que dicha mujer debía cumplir para poder beneficiarse del aborto legal. Entre estos se encuentra que la realización de la interrupción del embarazo sea practicada por un médico especialista o bajo su supervisión/dirección, que se lleve a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado, que no se superaban las 14 semanas de gestación y con el consentimiento escrito por la mujer.

Practicar un aborto fuera de los supuestos referidos era un delito castigado por el Código Penal en sus artículos 144, 145, 145 bis y 146. Sin embargo, la Ley 2/2010 parecía tener limitaciones a la hora de garantizar el libre ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo y/o de la regular la información de servicios de asistencia en materia de derechos sexuales y reproductivos. Con dicho fin, en marzo de 2023 se deroga la ley 2/2010 y se aprueba la nueva Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero. La entrada en vigor de esta nueva regulación implica modificaciones y cambios que deben ser analizados para poder realizar una práctica asistencial correcta, puesto que la vigencia de la nueva ley parece introducir cambios importantes a nivel legislativo, ético y protocolario, implicando a la práctica de los profesionales sanitarios que trabajan en la atención sexual y reproductiva. Debido a esta necesidad, se llevó a cabo este trabajo con el fin de analizar, desde una perspectiva ética-jurídica, la reforma de Ley de despenalización del aborto, así como sintetizar las implicaciones prácticas de dicha ley en la práctica clínica profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo analiza, desde una perspectiva ética-jurídica, la reforma de la ley de despenalización del aborto. Para ello se llevó a cabo una lectura detallada y minuciosa de ambos textos; de la Ley 2/2010 y de la Ley 1/2023, con el fin de poder identificar los cambios realizados y cómo afectan a la práctica profesional. Posteriormente se realizó una identificación de las razones y/o justificaciones para la reforma de ley para poder así ayudar a entender la necesidad, propósito u objetivo de dicha reforma. Tras ellos se realizó un análisis de las implicaciones de los cambios para poder ver cómo dichos cambios afectan a los derechos y obligaciones de los/las ciudadanos/as y a los procedimientos y requisitos necesarios para cumplir con la ley. Finalmente se generó un grupo de expertos multiprofesional constituido por dos matronas, una persona licenciada en Derecho y una filósofa especializada en Bioética, con el fin de agrupar diferentes

perspectivas para valorar los cambios realizados y sus implicaciones en la práctica obstétrica-ginecológica, en especial en aquella que ejerce el colectivo enfermero (matronas).

RESULTADO Y DISCUSIÓN

La nueva ley de regulación del aborto 1/2023, tal y como en ella se indica, consta de un artículo único de modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de una disposición adicional y de una parte final compuesta por diecisiete disposiciones finales. A continuación, se muestra una tabla resumen con las modificaciones propuestas por dicha ley (**Tabla 1**):

Tabla 1: Principales modificaciones de la Ley Orgánica para la práctica clínica

Modificación	Implicaciones
Artículo 1	Enfoque completo sobre el objeto de la norma al vincularlo a la obligación de los poderes públicos de aspirar al mayor nivel social posible de salud y educación en relación con la sexualidad y la reproducción, así como con la prevención de violencias contra las mujeres en el ámbito reproductivo
Artículo 2	Amplía las definiciones e incluye conceptos como la salud durante la menstruación o las violencias contra las mujeres en el ámbito reproductivo
Artículo 3	Amplía, el enfoque de género y la no discriminación, y se precisa con más detalle el ámbito de aplicación, afirmando en particular que la ley resulta de aplicación a todas las personas que se encuentren en España, independientemente de su nacionalidad, de su situación administrativa de extranjería o de su edad
Artículo 4	Subrayar el acceso en condiciones de igualdad, con un enfoque de equidad territorial a las prestaciones y servicios
Capítulo I	Se añaden los artículos 5 bis a 5 sexies con el objeto de abordar las nuevas medidas relacionadas con la salud durante la menstruación, (reconocimiento legal de la posible situación de incapacidad temporal derivada de menstruaciones incapacitantes secundarias. Artículo 6: apoyo a las entidades sin ánimo de lucro y sociedad civil
Capítulo II	El artículo 7 pasa a referirse exclusivamente a la salud sexual, y se añaden los artículos 7 bis, sobre salud reproductiva, 7 ter, sobre garantía de acceso a la anticoncepción, 7 quater, sobre corresponsabilidad, y 7 quinquies, sobre anticoncepción de urgencia
Capítulo III	Se amplía, pasando a denominarse «Medidas en el ámbito de la educación y la sensibilización relativas a los derechos sexuales y reproductivos». El artículo 9 pasa a denominarse «Formación sobre salud sexual y reproductiva en el sistema educativo», y el artículo 10 se refiere ahora al apoyo a la comunidad educativa. Se añaden los artículos 10 bis, sobre prevención de las violencias sexuales en el ámbito educativo, 10 ter, sobre medidas en el ámbito de la educación menstrual, 10 quater, sobre medidas en el ámbito de la educación no formal, y 10 quinquies, sobre campañas institucionales de prevención e información. Se añade artículo 10 sexies, sobre formación en los ámbitos de las ciencias jurídicas, las ciencias de la educación y las ciencias sociales.

Capítulo IV	Pasa de referirse exclusivamente a la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva a hacer referencia, a las medidas para la aplicación efectiva de la ley, siendo la primera de ellas dicha Estrategia, que se regula más ampliamente en el artículo 11. Se añade el artículo 11 bis, sobre investigación, recopilación y producción de datos.
Título II	Sobre interrupción voluntaria del embarazo, se modifica el artículo 13, sobre requisitos comunes, para matizar que las intervenciones han de realizarse en centro sanitario público o en un centro privado acreditado.
Artículo 13	Se añade un artículo 13 bis, «edad», que especifica que las mujeres podrán interrumpir voluntariamente su embarazo a partir de los 16 años, sin necesidad de consentimiento de sus representantes legales, derogando así la reforma operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, lo que se completa con la disposición final sexta.
Artículo 14	Se eliminan los requisitos de que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y de que haya transcurrido un plazo de reflexión de tres días.
Artículo 17	Se indica que más allá de la información de carácter sanitario vinculada a la interrupción del embarazo, las mujeres solo reciban información adicional, como la derivada sobre ayudas a la maternidad, si así lo requieren, y nunca como requisito para acceder a la prestación del servicio
Artículo 18	Sobre garantía de acceso a la prestación, con la finalidad de instaurar los principios de igualdad y equidad territorial en el acceso a la prestación, estableciéndose que las administraciones sanitarias que no puedan ofrecer dicho procedimiento en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de las usuarias que lo precisen al centro o servicio autorizado para este procedimiento, en las mejores condiciones de proximidad de su domicilio, garantizando la accesibilidad y calidad de la intervención y la seguridad de las usuarias. Artículo 18 bis, sobre medidas para garantizar la información sobre la prestación.
Artículo 19	Reforzar el principio de equidad territorial y de prestación del servicio en instalaciones públicas. Se reconoce expresamente el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario en el artículo 19 bis, y se regula <i>ex novo</i> el registro de objetores de conciencia en el artículo 19 ter. Cabe destacar que se configura el derecho a la objeción de conciencia como una decisión individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse con antelación y por escrito. El acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verán afectados por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia; para ello, los servicios públicos se organizarán siempre de forma que se garantice el personal sanitario necesario para el acceso efectivo y oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo. Finalmente, quienes se declaren personas objetoras de conciencia lo serán a los efectos de la práctica directa de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo tanto en el ámbito de la sanidad pública como de la privada.
Artículo 20	Se adapta a la nueva normativa en materia de protección de datos
Artículo 23	Se adapta a la nueva normativa en materia de protección de datos
Disposición adicional primera de la Ley Orgánica 2/2010	Garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta ley
Disposición adicional tercera	Garantizar la financiación con cargo a fondos públicos de los anticonceptivos hormonales, incluidos los métodos reversibles de larga duración, sin aportación por parte de la usuaria, tal y como se establece en la normativa específica, cuando se dispensen en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Garantizar la dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia en los centros sanitarios del SNS y en los servicios de atención especializada,

	atendiendo a la organización asistencial de los servicios de salud de las comunidades autónomas y entidades gestoras del SNS.
Añade disposición adicional cuarta	Garantizar el derecho a la protección de datos del personal sanitario inscrito en el registro de personas objetoras de conciencia.
Modificación del Código Penal	Erradicar la esterilidad forzada o no consentida de personas con discapacidad (incapacitadas judicialmente).
Modifica la Ley 34/1988, de 11 de noviembre	Incluir como publicidad ilícita aquella que promueva las prácticas comerciales para la gestación por sustitución
Modifica el artículo 145 bis, del Código Penal	Eliminar la tipificación como delito del hecho de practicar un aborto sin remisión de información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad o sin haber transcurrido el periodo de espera, dado que estos requisitos se eliminan de la norma especial.
Modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social	Reconocer como situaciones especiales de incapacidad temporal por contingencias comunes aquellas bajas laborales en caso de menstruación incapacitante secundaria, así como la situación posterior a la interrupción del embarazo, sea voluntaria o no, y el embarazo desde el día primero de la semana trigésima novena de gestación.
Modifica el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas	Introducir, en coherencia con las modificaciones operadas en el Régimen General de Seguridad Social, las situaciones especiales de incapacidad temporal por menstruaciones incapacitantes secundarias, por interrupción, voluntaria o no, del embarazo, y por embarazo desde el día primero de la semana trigésima novena de gestación.
Disposiciones décima y undécima	Modifican, el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural y la Ley 47/2015, de 21 de octubre, reguladora de la protección social de las personas trabajadoras del sector marítimo-pesquero
Disposición final duodécima	Modifica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, para eliminar del apartado 5 del artículo 9 el párrafo que obligaba a las menores de edad y mujeres con discapacidad a recabar el consentimiento expreso de sus representantes legales para proceder a la interrupción voluntaria de su embarazo
Decimotercera y decimocuarta	Modifican, el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, y el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación

Fuente: Elaboración propia. (BOE, Ley Orgánica 1/2023)

Los resultados que se presentan a continuación surgen del análisis de la reforma de ley de despenalización del aborto y se han estructurado en dos grandes bloques titulados; Resume de las claves de la Ley 1/2023, aspectos ético-legales de la nueva regulación de la salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo e implicaciones de la aplicabilidad de la nueva ley del aborto Ley 1/2023 para la práctica profesional, respectivamente.

Resumen de las claves de la nueva ley

A fin de realizar un resumen sobre las claves de la Ley 1/2023 se han confeccionado cuatro tablas en las que se muestran, de forma breve, las claves de la Ley 1/2023 en relación a la IVE (**Tabla 2**), a la salud menstrual (**Tabla 3**), a la salud y educación sexual (**Tabla 4**), a la salud reproductiva (**Tabla 5**) y a las violencias reproductivas.

Tabla 2: Claves en relación con la IVE

1	En relación con la IVE, la norma mantiene los plazos vigentes desde 2010 (aborto libre hasta las 14 semanas de embarazo y de la 14 a las 22 interrupción por causas médicas (aborto terapéutico))
2	La norma incide en la importancia de garantizar el aborto en el sistema público recomendando la organización territorial a fin de garantizar el acceso igualitario para todas las mujeres del país.
3	Enfoque de género
4	Creación, en cada Comunidad Autónoma, de como mínimo un Comité Clínico en un centro de la red pública.
5	Registro de objetores/ras de conciencia en cada comunidad autónoma
7	Consentimiento libre a partir de los 16 años
8	Protección del derecho a la intimidad: garantizar la confidencialidad y protección de datos de la gestante.

Fuente: Elaboración propia. (BOE Ley orgánica 1/2023)

Tabla 3: Claves en relación con la Salud Menstrual

1	Se recoge la salud menstrual como parte del derecho a la salud
2	Incapacidad temporal (IT) en caso de menstruación incapacitante secundaria o dismenorrea secundaria asociada bajo supervisión médica sin necesidad de patología previa diagnosticada.
3	Repartición de productos de higiene femenina para luchar contra la «pobreza menstrual»

Fuente: Elaboración propia. (BOE Ley orgánica 1/2023)

Tabla 4: Claves en relación con la Salud y Educación Sexual

1	Derecho a la libertad, a la autonomía personal y al reconocimiento de las diferentes orientaciones sexuales (enfoque antidiscriminatorio e interseccional), educación afectivo sexual y detección de abuso y violencia
2	Educación sexual: introducción de la perspectiva de género y reparto gratuito de métodos barrera en centros educativos vinculados a campañas sobre educación sexual

Fuente: Elaboración propia. (BOE Ley orgánica 1/2023)

Tabla 5: Claves en relación con la Salud Reproductiva

1	Permiso remunerado antes del parto desde las 39 semanas de embarazo, que no consumirá ningún día del permiso de maternidad. Entra en vigor en junio de 2023. El cuál se podrá solicitar con un informe médico que acredite las semanas de gestación y se tramitará como incapacidad temporal hasta el nacimiento y se cobrará IT des del primer día. El día 1 lo paga la empresa y el resto el Instituto Nacional de Seguridad Social
----------	--

2	Protección de los derechos reproductivos en el ámbito obstétrico/ginecológico: consentimiento informado, formación del personal en buenas prácticas, disminución del intervencionismo, incremento del personal especializado, garantizar la no separación binomio madre-hijo
---	--

Fuente: Elaboración propia. (BOE, Ley orgánica 1/2023)

Tabla 6: Claves en relación con las Violencias Reproductivas

1	La gestación subrogada es una forma de violencia contra las mujeres. Prohibida en España (Convenio de Estambul)
2	Se prohíbe la publicidad de empresas de intermediación que facilitan el acceso a la maternidad subrogada en países donde es legal
3	Se considera violencia la esterilización forzosa, la anticoncepción forzosa y el aborto en contra de la voluntad de la mujer con discapacidad

Fuente: Elaboración propia. (BOE, Ley orgánica 1/2023)

Aspectos ético-legales de la nueva regulación de la salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Tal y como se ha comentado con anterioridad, con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, ha entrado en vigor una nueva regulación de la salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que introduce cambios importantes en ambos ámbitos, merecedores de comentarios éticos legales.

Debido a ello, en estas líneas se hace referencia a aquellos aspectos principalmente relacionados con la práctica de la IVE. Respecto a dicha regulación, entre los cambios más importantes en relación con la Ley 2/2010 derogada cabe mencionar los relacionados con el consentimiento de las menores de edad para la práctica de esta, la eliminación del requisito de un plazo de «reflexión» entre el momento en que la gestante es informada sobre la IVE y la práctica de esta, y una nueva regulación de la objeción de conciencia.

Respecto al primer aspecto, la capacidad de decisión de la menor, cabe decir que entendemos, de acuerdo como sucede en otros ámbitos sociales, que las menores de edad, conforme van incrementando su edad, son más maduras, están más capacitadas para decidir por sí mismas, pudiendo incluso dar un consentimiento válido para el matrimonio al alcanzar los 16 años. Exigir un consentimiento conjunto con sus progenitores para poder autorizar la práctica de la IVE constituye, específicamente en este colectivo de

edad, menores de edad mayores de 16 años, una limitación de su autonomía personal, en términos bioéticos una merma del principio de autonomía. La nueva regulación fomenta, por contra, una mayor autonomía de dichas menores al revertir la modificación operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre. Por tanto, se devuelve así a las menores de 16 y 17 años la capacidad de decisión libre sobre su maternidad.

Otra modificación llevada a cabo en el nuevo redactado de la Ley es la eliminación del plazo de «reflexión» de 3 días para la mujer que solicita la práctica de la IVE, desde el momento en que se le informa de la misma y de las prestaciones de ayuda a la maternidad, hasta el momento de su realización efectiva. Con el nuevo redactado la IVE se puede practicar a la mujer que lo solicita una vez ha sido informada, si así lo desea, tanto de la misma como de las ayudas existentes a la maternidad. Analizando diferentes supuestos de consentimiento informado en los que, entre la firma de este y la realización de la actuación que el mismo contempla, debe darse un período previo de «reflexión», en la actual legislación estatal, existen dos supuestos en los que debe esperarse un tiempo, marcado por la ley:

1. Donación de órganos «intervivos»: así el donante vivo de riñón, desde el momento en que autoriza con su consentimiento la donación del mismo y su extracción, debe transcurrir un período de 24 horas. Durante este plazo el donante puede revocar su decisión sin necesidad de dar ninguna justificación.
2. Prestación de ayuda para morir: en la práctica de la eutanasia y/o el suicidio asistido la persona que lo solicita debe llevar a cabo un proceso deliberativo de 15 días naturales con el médico responsable, entre la primera y la segunda solicitud de la misma, procediendo a firmar el documento de consentimiento informado pasadas 24 horas tras dicho plazo. Consentimiento informado que puede también revocar en cualquier momento previo a la realización de la prestación.

Si bien la existencia de estos plazos cabe entenderla en el sentido de que la persona que solicita una prestación determinada, de gran entidad sobre su salud y/o supervivencia, tome la decisión de llevar a cabo dicha actuación sobre su persona una vez la misma haya sido suficientemente meditada y razonada, se presta también a entenderla como un «sufrimiento» adicional para la persona que solicita, por ejemplo, la práctica de la eutanasia en el caso de que cumpla especialmente los requisitos legales relativos a una enfermedad grave e incurable o un padecimiento «grave, crónico o incapacitante».

La existencia de dicho plazo adicional de reflexión en la práctica de la IVE puede entenderse también como una exigencia a la par incómoda e inoportuna para una mujer que seguro que se ha planteado y replanteado si quiere seguir adelante o no con una gestación.

Finalmente, en relación a la nueva regulación de la objeción de conciencia, se crea en la nueva regulación un registro específico de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la práctica de la IVE, a semejanza del registro existente para profesionales sanitarios en el caso de la eutanasia, regulándose por primera vez de manera pormenorizada tanto los fines de dicho registro como los requisitos de acceso al mismo, la información que debe constar en él y los derechos de la persona inscrita en el registro en relación con su inscripción. Si bien normativas anteriores reguladoras de registros similares —especialmente en el caso de la eutanasia— ya remitían a normas que garantizaban los derechos de las personas inscritas en los mismos, como son el Reglamento de la Unión Europea, UE, 2016/679 o la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, su especificación en esta nueva redacción incrementa la seguridad jurídica de la persona objetora. Aunque la seguridad jurídica es un tema más propio del derecho que de la ética, la misma garantiza la autonomía personal toda vez que quien toma una decisión en un ámbito determinado, en este caso declararse objetor de conciencia, considera estar más amparado en sus decisiones, lo que, por ende, incrementa su autonomía personal en el momento de decidir. No obstante, es preciso recordar que desde la ética también se debe garantizar a las mujeres el derecho a la IVE, y que la objeción de conciencia no puede pasar por encima del derecho de la mujer, tal como recoge el Código de Ética para las enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras (2021) en su apartado 2.8: «Las enfermeras pueden realizar objeción de conciencia en relación con su participación en determinados procedimientos o investigación enfermera o relacionada con la salud, pero tienen que facilitar una actuación respetuosa y oportuna que garantice que las personas reciban cuidados adecuados para sus necesidades individuales».

Implicaciones de la aplicabilidad de la nueva ley del aborto Ley 1/2023 para la práctica profesional

La implementación de modificaciones de las leyes vigentes, en un momento dado, tiene consecuencias en la práctica diaria de los profesionales sanitarios dado que pueden llegar a precisar el cambio de actuaciones, protocolos e incluso guías de práctica clínica. En el

caso que aquí ocupa, la modificación de la ley de aborto en España tiene implicaciones legales y éticas, pero también en la práctica de los profesionales de atención a la salud sexual y reproductiva, sobre todo en el contexto de atención primaria. Estas modificaciones se relacionan con: garantizar servicios de asistencia integral especializada y accesible para todo tipo de población, incluyendo la necesidad de adaptar los servicios a las lenguas oficiales de cada comunidad autónoma, así como de facilitar el acceso a mujeres con discapacidad. Además, las modificaciones legislativas requieren la formación de las/os profesionales en la obligación legal de facilitación de información sobre IVE y consideraciones psicológicas sobre las mujeres. Por otro lado, las modificaciones de la nueva ley también muestran la importancia de agilizar visitas en los centros de atención primaria para el tratamiento de la dismenorrea, así como dar información sobre la posibilidad de baja médica en dichos casos. Además, la nueva normativa trata sobre la importancia de implementar medidas que permitan fomentar, distribuir y dispensar productos de gestión menstrual optando de forma preferente por productos menstruales sostenibles. A su vez, los cambios de dicho marco legislativo implican fomentar e informar sobre el cribado de enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como de los métodos anticonceptivos barrera, sobre métodos anticonceptivos seguros y eficaces, además de su financiación. Finalmente, cabe indicar que la propia Ley 1/2023 hace mención durante el capítulo II de la misma, mediante el artículo 8, de la necesidad de formación de profesionales de la salud en perspectiva igualitaria, integral de derechos humanos e interseccional.

CONCLUSIONES

En general, la nueva ley del aborto en España ha sido objeto de debate y controversia en la sociedad española y ha generado opiniones encontradas. Desde una perspectiva profesional, la Ley Orgánica 1/2023 que reforma la ley del aborto en España ha provocado cambios significativos en comparación con la Ley 2/2010, que estaba en vigor anteriormente. Las principales diferencias se relacionan con el consentimiento de las menores de edad, la eliminación del requisito de un plazo de «reflexión» entre el momento en que la gestante es informada sobre la IVE y la práctica de esta, y una nueva regulación de la objeción de conciencia. Dado que los cambios en la ley pueden tener implicaciones significativas para los profesionales de la salud que dan atención a las mujeres que solicitan un aborto, es importante que estén informados y actualizados sobre las mismas

y las obligaciones que conlleva. También es importante que los servicios de salud estén preparados para ofrecer información y apoyo a las mujeres que solicitan la práctica de un aborto y que las administraciones doten de los recursos humanos y económicos necesarios para garantizar que se cumplan los plazos y requisitos establecidos en la ley.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Constitución Española [en línea]. BOE (Boletín oficial del Estado): 29 de diciembre del 1978. [Consulta: 29 de marzo de 2023]. Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-3122
- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) [en línea]. BOE (Boletín oficial del Estado): 28 de mayo de 2009. [Consulta: 29 de marzo de 2023]. Disponible en: www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881
- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad [en línea]. BOE (Boletín oficial del Estado): 18 de enero de 2013. [Consulta: 29 de marzo de 2023]. Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-15715
- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia [en línea]. BOE (Boletín oficial del Estado): 25 de junio de 2021. [Consulta: 29 de marzo de 2023]. Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628
- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [en línea]. BOE (Boletín oficial del Estado): 02 de marzo del 2023. [Consulta: 29 de marzo de 2023]. Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364
- BERGALLO, Paola; JAJAM, Graciela; BOHMER, Martín. Lo femenino y el debate actual sobre el aborto. En: *Psicoanálisis*. 2019, vol. 41, núms. 1-2, pp. 53-94.
- FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, Rodolfo. Concepto de persona, titularidad del derecho a la vida y aborto. En: *Revista de derecho* (Valdivia). 2007, vol. 20, núm 2, pp. 95-130.
- GOBERNA-TRICAS, Josefina (coord.). *Maternidad y Covid: Nuevos retos en entornos asistenciales sin-rostro y sin con-tacto*. Barcelona: Ediciones LU S.L., 2022
- DEL RÍO, Fidel, et al. Algunas consideraciones sobre la descriminalización de algunos supuestos de aborto, tras la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio. En: *Estudios penales*

en memoria del profesor Agustín Fernández-Albor. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións, 1989, pp. 605-626.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. SENTENCIA 53/1985, de 11 de abril. BOE (Boletín oficial del Estado): núm. 119, de 18 de mayo de 1985. [Consulta: 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/433>

GÉNERO, BIOMEDICINA Y EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MÉXICO. ALGUNAS COMPLEJIDADES SOCIOTÉCNICAS EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE VACUNACIÓN

Gènere, biomedicina i el virus del papil·loma humà a Mèxic. Algunes complexitats sociotècniques en la política pública de vacunació

Gender, Biomedicine, and the Human Papillomavirus in Mexico. Sociotechnical Complexities within the Public Policy Vaccination

César Torres-Cruz¹

Correo electrónico: cesar_torres@cieg.unam.mx

1. Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México (CIEG-UNAM). (*Ciudad de México, México*)

Recibido: 11/03/2023 Aceptado: 14/04/2023



RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La vacuna preventiva al Virus del Papiloma Humano (VPH) emergió en la primera década de los 2000 como una estrategia biomédica para frenar los casos de cáncer cervicouterino (CaCu), que representan una de las primeras causas de mortalidad entre mujeres jóvenes de países con desigualdades económicas, como los de América Latina. **OBJETIVO.** Analizar algunas implicaciones de la configuración de la política pública de vacunación en México desde una «biomedicalización estratificada» del riesgo sexual. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un acercamiento cualitativo, con enfoque interpretativo sociológico, que incluyó entrevistas con personajes clave en la configuración de la política pública de vacunación mexicana. **RESULTADOS.** Se destaca cómo la industria farmacéutica, el conocimiento científico, algunas decisiones gubernamentales, así como nociones sobre el género y la sexualidad se fundieron para crear una política pública de vacunación enfocada solamente en niñas de 11 años. **CONCLUSIONES.** Sobresale la necesidad de repensar el papel de la perspectiva de género para destacar los retos que implicaría generar una política pública de inoculación más inclusiva.

Palabras clave: vacunación VPH; cáncer cervicouterino; México; biomedicalización estratificada.

RESUM

INTRODUCCIÓ. La vacuna preventiva al Virus del Papil·loma Humà (VPH) va emergir en la primera dècada del anys 2000 com una estratègia biomèdica per a frenar els casos de càncer cervical, que representen una de les primeres causes de mortalitat entre dones joves de països amb desigualtats econòmiques, com els d'Amèrica Llatina. **OBJECTIU.** Analitzar algunes implicacions de la configuració de la política pública de vacunació a Mèxic des d'una «biomedicalización estratificada» del risc sexual. **MATERIAL I MÈTODES.** Es va realitzar un acostament qualitatiu, amb enfocament interpretatiu sociològic, que va incloure entrevistes amb personatges clau en la configuració de la política pública de vacunació mexicana. **RESULTATS.** Es destaca com la indústria farmacèutica, el coneixement científic, algunes decisions governamentals, així com nocions sobre el gènere i la sexualitat es van fondre per a crear una política pública de vacunació enfocada solament en nenes d'11 anys. **CONCLUSIONS.** Sobresurt la necessitat de repensar el paper de la perspectiva de gènere per a destacar els reptes que implicaria generar una política pública d'inoculació més inclusiva.

Paraules clau: vacunació VPH; càncer cervical; Mèxic; biomedicalització estratificada.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The Human Papillomavirus (HPV) preventive vaccine emerged in 2000's first decade as a biomedical alternative to decrease cervical cases rates, that represent one of the leading death causes among young women in Latin America and other countries that face inequalities. **OBJECTIVE.** To analyze the configuration of HPV vaccination public policy in Mexico, from the «stratified biomedicalization» of sexual risk. **MATERIAL AND METHODS.** A qualitative approach, that includes in-depth interviews with key actors in the configuration of the Mexican public policy HPV vaccination from a sociological interpretative focus was carried out. **RESULTS.** It is highlighted how there were embedded big pharma, scientific knowledge, governmental decisions as well as notions regarding gender and sexuality to immunize only 11-year-old girls. **CONCLUSIONS.** It is necessary to revise the necessity of including gender perspective to create an HPV vaccination public policy more inclusive.

Keywords: HPV Vaccination; Cervical Cancer; Mexico; Stratified Biomedicalization.

INTRODUCCIÓN

En estos días atravesados por la lógica de los virus y las vacunas, así como lo derivado de la pandemia del coronavirus, se hace relevante pensar en algunos procesos sociales inmersos en la implementación de las inoculaciones.

El Virus del Papiloma Humano lleva más de cuatro décadas conviviendo con la humanidad y representa una infección sumamente relevante para todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a), casi todas las personas con vida sexual activa adquirirán el VPH en algún momento. Este virus tiene más de 100 cepas, divididas en bajo y alto riesgo, las cuales pueden derivar en cáncer en ano, vulva, pene, boca y garganta; sin embargo, el tipo de cáncer que más ha llamado la atención a las agendas globales de salud pública es el cervicouterino (CaCu), pues representa una de las primeras causas de muerte en mujeres jóvenes de países del sur global (Franco, 2019; OMS, 2020a, 2020b).

En México, con una ocurrencia anual de más de 13.900 casos, el CaCu es la primera causa de muerte entre mujeres de los 20 a los 34 años y la segunda, después del cáncer de mama, de los 35 a los 54. En Brasil, es la tercera causa de muerte entre las jóvenes; en Colombia, la segunda, y en Chile, la cuarta (Franco, 2019; OMS, 2020a; INEGI, 2020).

Las vacunas han emergido como una alternativa biomédica de prevención primaria del VPH. Como estrategias de prevención secundaria la OMS (2020a, 2020b) sugiere realizar en mujeres mayores de 25 años pruebas de detección del VPH y citología para buscar lesiones precancerosas. En cuanto a la vacunación en México, se aplica desde el 2010 bajo el esquema gubernamental la vacuna Gardasil, creada por la farmacéutica estadounidense Merck Sharp & Dohme (MSD) y aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) de aquel país en el 2006. El esquema consiste en la aplicación de dos dosis (a los 0 y 6 meses), disponible únicamente para las niñas de 11 años en las escuelas o en centros de salud, para las que no estudian, como estrategia para evitar CaCu.

Para analizar el auge de la vacunación, se hace uso de la noción de «biomedicalización», de Adele E. Clarke et al. (2003), desde la sociología médica, para dar cuenta de «los procesos, en constante aumento, complejos, multi-situados y multidireccionales de medicalización que en nuestros días son extendidos y reconstituidos mediante formas sociales emergentes y prácticas de una biomedicina altamente tecnocientífica» (p. 162). Es decir, de cómo la salud está atravesada desde los últimos

años por el énfasis en el riesgo de padecimientos, y no en la cura a enfermedades, a partir de su intervención mediante biotecnologías, como las vacunas y los fármacos, donde la industria farmacéutica cobra gran relevancia. Dicha categoría parte de un refinamiento de la noción sociológica de «medicalización» trabajada por Peter Conrad (2005) para analizar los procesos por los cuales sucesos sociales son redefinidos como problemas médicos.

Un elemento muy relevante de este aporte teórico se relaciona con las maneras en que las alternativas biomédicas están estratificadas entre las personas a partir del género, la edad, la raza, la etnia y la clase social. Clarke et al. proponen la noción de «biomedicalización estratificada» para hablar de «la selectividad y estrategias de la naturaleza de la biomedicalización, [donde] sus efectos son desiguales (a veces de manera no intencional) entre las poblaciones, los cuales pueden exacerbar, en lugar de mejorar las inequidades sociales a lo largo de distintas dimensiones» (p. 29), como lo veremos en este texto respecto a la vacunación de VPH únicamente disponible para niñas.

De este modo, las «complejidades sociotécnicas» se referirán a las maneras en las que elementos tecnocientíficos (tales como información epidemiológica respecto al VPH, el CaCu y el uso de las vacunas) se funden con nociones sobre el género y acuerdos entre personas para delimitar una política pública de inoculación con base a recomendaciones que provienen de otros contextos y que culmina por aplicarse en el país de manera estratificada. Estos ensamblajes dan cuenta de la creación de una política pública, pero también de una acción de *política de género* que culmina por generar narrativas hegemónicas sobre los cuerpos de las mujeres.

Respecto al panorama de investigación sobre las vacunas preventivas del VPH, textos elaborados desde enfoques relacionados con la salud pública resaltan la eficacia de la vacunación para evitar el CaCu en América Latina, con más del 90% de probabilidad, lo que representa una ventaja en términos de costo-beneficio en la atención de estos padecimientos (Gutiérrez-Aguado et al., 2011; Gilca et al., 2018; Lazcano-Ponce et al., 2019). Otros artículos enfatizan la posibilidad de aumentar el número de vacunaciones y de citologías cervicales para detectar y prevenir más casos de CaCu en la región (Franco, 2019; Bosch y Robles, 2019).

Desde perspectivas de las ciencias sociales, algunos artículos documentan controversias relacionadas con posibles efectos de la vacunación en niñas, como parálisis

de piernas o la supuesta apertura sexual (o «promiscuidad») que posibilitará la sensación de «blindaje» al estar vacunadas en México (Arguelles, 2020), Brasil (Nascimento et al., 2013) y Chile (Fernández, 2017). Otro texto agrega que, en Colombia, cambió la percepción de algunas madres y padres de familia que recibieron información sobre los beneficios de la vacuna, y ahora están a favor de su aplicación en este país (Palencia-Sánchez y Echeverry-Coral, 2020). Una revisión del monitoreo de la vacunación por VPH en América Latina resalta que, en varios países de la región como Venezuela, Perú y Colombia, la aplicación de la segunda o tercera dosis decrece (a excepción de Brasil y México) de un 80 a un 55% (Luciani et al., 2018).

El objetivo de este artículo es analizar algunas de las implicaciones inmersas en la biomedicalización estratificada del riesgo sexual al VPH y al CaCu manifiestas en la configuración de la política pública mexicana de vacunación preventiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este artículo se nutre de un enfoque cualitativo durante el 2020 y el 2022. Después de una búsqueda bibliográfica para conocer cómo fue configurada la política pública de vacunación en México, se buscó a personas involucradas en este proceso. Mediante la técnica «bola de nieve», se contactó al personaje más importante de la política pública, un investigador que ha participado en el comité asesor de vacunación de VPH de la OMS, quien actuó como interlocutor clave para contactar con otras personas. La recopilación de la información estuvo supeditada a la decisión de quienes aceptaron participar en la investigación.

Fueron realizadas 12 entrevistas en profundidad a personajes que se encargaron de la configuración de dicha política pública: a) dos personas que forman parte del personal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud mexicana (SS), encargadas de generar programas de atención y políticas públicas para el VPH y el CaCu [funcionaria pública 1, funcionaria pública 2]; b) dos personas que participaron en el comité asesor para crear la política pública de vacunación en México del 2009 (una médica que en ese año laboraba en el gobierno mexicano federal [médica] y un connotado epidemiólogo que labora como investigador en el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) [epidemiólogo 1]); c) una epidemióloga [epidemióloga 1] y un epidemiólogo [epidemiólogo 2] experta/o en VPH que trabajan en el INSP desde hace más de una década. No fue posible entrevistar a

ninguna persona que labora en el CENSIA (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia), que se encarga de administrar el programa de vacunación. Dos personas se negaron a participar en la investigación. Sus razones fueron que no querían compartir información, dado que, debido a la pandemia de la COVID-19, se suspendió la vacunación del VPH en todo México y no se sentían en las mejores condiciones para hablar al respecto. Los datos de las entrevistas fueron recogidos en cafeterías, centros de trabajo y vía digital mediante entrevistas vía el programa *Zoom*. Se utilizó un guion de preguntas abiertas disponible en la **Tabla 1**:

Tabla 1. Guía de entrevistas a personajes clave en el diseño de la política preventiva de vacunación al VPH en México

1. Datos generales
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es su formación académica? - ¿Qué cargo ocupa actualmente en la institución donde trabaja? - ¿Cuánto tiempo tiene en ese cargo? - ¿Ha trabajado en otros espacios relacionados con la salud?, ¿en cuáles?, ¿por cuánto tiempo?, ¿qué actividades realizaba en ellos? - ¿Cuáles son sus funciones respecto a la prevención del VPH y el CaCu en México? - ¿Cuáles son sus implicaciones personales respecto a la atención del VPH y el CaCu?
2. Información general sobre su participación en la prevención del VPH
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo fue incorporada la vacunación en México?, ¿cuál fue su papel al respecto? - ¿Qué es el género para usted y cómo se vinculó con la propuesta de política pública de vacunación? - ¿Qué es la perspectiva de género para usted? - ¿Qué es el riesgo sexual para usted? - ¿Quiénes están en mayor riesgo para adquirir VPH (y algún tipo de cáncer derivado de este virus)? - ¿Identifica algunos factores, como el género, etnia, clase social, edad, orientación sexual, etc., que influyen en adquirir VPH y/o padecer algún tipo de cáncer derivado de este virus? - ¿Cuál es el papel de los hombres en el VPH y el CaCu en México? - ¿Cuál es el presupuesto que otorga el gobierno federal para el programa de atención del VPH y el CaCu?
3. Prevención VPH/CaCu
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son las alternativas de prevención para el VPH y el CaCu en el país? - ¿Qué tipo de vacunas aplica la Secretaría de Salud? - ¿A quién(es) está dirigida dicha vacuna? - ¿Cuál es la eficacia de las vacunas? - ¿Los niños deberían ser vacunados; por qué sólo las niñas? - ¿Cuáles son los retos (económicos, políticos y sociales) que enfrenta la Secretaría de Salud para aplicar dicha vacuna? - ¿La vacuna previene el VPH o el CaCu? - ¿Cuáles son los retos inmersos en la aplicación de esta vacuna? - ¿Quisiera agregar algo más? - ¿Le gustaría ser contactada/o en otro momento para ampliar información, si fuese necesario? - Muchas gracias por su atención y disponibilidad.

Fuente: elaboración propia.

La investigación de la que se desprende este artículo cuenta con la revisión y aprobación de cuerpos colegiados del Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la UNAM respecto a la ética de trabajo con seres humanos. A todas las personas participantes les fue compartida de manera verbal y escrita información relacionada con objetivos y procedimiento metodológico de la investigación. Una vez que aceptaron participar, les fue garantizada la confidencialidad y el anonimato de sus testimonios. Antes de realizar las entrevistas, fueron atendidas todas sus dudas. Las personas entrevistadas firmaron una carta de consentimiento informado y conservan una copia. Las entrevistas duraron entre 60 y 120 minutos cada una.

La codificación de la información fue realizada a partir del enfoque cualitativo sociológico de Kathy Charmaz (2017) de la «Teoría Fundamentada», quien sugiere elaborar códigos que creen categorías que provengan de las entrevistas cualitativas, las cuales permiten dar cuenta de la realidad social estudiada, a partir de la búsqueda de conexiones entre temáticas afines.

Posterior a la transcripción de las entrevistas, su contenido fue codificado en el programa Atlas. ti. Después de una primera lectura a detalle, se identificó que las vacunas se hacen manifiestas como conceptos clave para prevenir el VPH y el CaCu, donde el género tiene mucha relevancia, en tanto marcador de desigualdad que afecta a las mujeres. Posterior a esta primera revisión, fue utilizado el criterio temático para delimitar los temas centrales y resaltó que el género y los usos de la vacunación fueron los temas más repetidos en las entrevistas, por lo que fueron utilizados como primeras categorías analíticas. Después fueron agrupados por códigos que se relacionan con dichas categorías, donde sobresalió: percepciones sobre el género, el costo y la eficacia de las vacunas, el cáncer cervicouterino, el presupuesto, la pobreza, la salud, la infancia, el Gobierno, la ciencia y la sexualidad.

Finalmente, se delimitaron dos temáticas que integran a todos los códigos y que se presentan a detalle a continuación: a) el uso de criterios epidemiológicos para definir la población a vacunar, b) recursos económicos y percepciones sobre el género y la sexualidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta sección se resalta cómo la industria farmacéutica, el conocimiento científico, algunas decisiones gubernamentales, así como nociones sobre el género y la sexualidad se fundieron para configurar la política pública de vacunación en México.

El uso de criterios epidemiológicos para definir la población a vacunar de manera estratificada

Los usos de la infancia y la pobreza femeninas

El descubrimiento del VPH en 1983 derivó en su pronta vinculación con el CaCu y otros tipos de cáncer (Wailoo et al., 2010). En 2006, la FDA estadounidense aprobó la vacuna de la farmacéutica Merck Sharp & Dome para dicho fin. Su llegada generó sospecha por parte de muchos sectores sociales alrededor del mundo que llamaron la atención sobre la supuesta «promiscuidad» que permitiría la vacunación.

Para mermar dicha controversia, de acuerdo con Mamo y Epstein, Merck emprendió una campaña publicitaria de «desexualización» de la vacuna, «por lo que ésta fue promovida no como una vacuna contra el VPH, sino contra el cáncer en mujeres» (Mamo y Epstein, 2016: p. 368). Dicha estrategia discursiva resaltó una condición de vulnerabilidad a la que las mujeres son sometidas, narrativa que incorporó la OMS para instar a los gobiernos de los países que la conforman a incorporar la vacunación para frenar dicha vulnerabilidad. Estas recomendaciones fueron adoptadas por la Secretaría de Salud Mexicana, por lo que se hizo urgente optar por la vacunación preventiva para evitar que las mujeres más pobres mueran de cáncer (OMS, 2020a, 2020b; OMS/OPS, 2019; SS, 1994, 2015). Empero, el enfoque en el cáncer contribuye a dejar de lado la sexualidad femenina en cualquier edad, e incluso el VPH pasa a segundo plano; el CaCu subsume a este virus de transmisión sexual.

Esta narrativa se hizo presente en el proceso de configuración de la política pública de vacunación preventiva del VPH en México. En el 2009, el Comité Asesor Externo para la Definición de la Política de Vacunación contra el Virus del Papiloma en México, conformado por siete personas científicas (seis varones y una mujer) que trabajan en el Instituto de Cancerología, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Nacional de Perinatología, el INSP, el CENSIA y el CNEGSR, publicó en la revista de salud pública con más prestigio en

México una serie de recomendaciones para la puesta en marcha de esta política pública (Lazcano-Ponce et al., 2009).

El texto indica que las cepas 16 y 18 del VPH son «responsables de alrededor del 70% de los casos de cáncer cervical invasor» (Lazcano-Ponce et al., 2009: p. 337), por lo que la vacunación en México contra este virus ayudaría a las mujeres pobres, pues «en los países con elevada incidencia y mortalidad por tumores prevenibles se han observado grandes disparidades en cuanto al acceso a la atención y tratamiento oportunos» (Lazcano-Ponce et al., 2009: p. 336). Aunque se señala otros tipos de cáncer relevantes, como el anogenital, la vacunación hasta nuestros días solo está enfocada en la prevención del CaCu, por lo que solo se vacuna a niñas.

La recomendación para la política pública de vacunación en México resaltó la relevancia de aplicar 3 dosis (0, 6 y 60 meses, a los 11 años) únicamente en niñas, a pesar de que un documento que elaboró el CENSIA califica a este programa de vacunación como «universal» (SS, 2015). Si bien en la recomendación se sugirió el uso de tres dosis, solo se administran en la actualidad 2, a los 0 y 6 meses, dado que el comité asesor indicó que, con base en sus investigaciones, con estas es suficiente para prevenir las cepas de VPH que derivan en CaCu. De acuerdo con algunas personas entrevistadas, la recomendación de enfocarse en las niñas proviene meramente de un argumento científico: a los 11 años el sistema inmunológico activaría mejor la respuesta de anticuerpos:

Se pudo observar que la capacidad inmunológica de menores de 15 años era de mayor eficiencia con respecto a los anticuerpos y protección, independientemente de la tecnología utilizada, ya sea a nivel de monoclonales o de anticuerpos [...]. Entonces, lo que se optó, era aplicarla justo antes de que tuviera exposición [sexual] la población. (Epidemiólogo 2)

Cuando se indagó en las entrevistas dónde queda el papel de la sexualidad en la prevención, pues incluso la OMS/OPS (OMS/OPS, 2019; OMS, 2020a, 2020b) sugieren como prevención primaria no solo la vacunación, sino también la difusión de información sobre sexualidad que resalte el uso del condón, la respuesta fue que se trata de un trabajo intersectorial más amplio donde debería intervenir la Secretaría de Educación Pública y que por ahora el CNEGSR promueve infografías y otros mecanismos informativos sobre sexualidad, uso del condón y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), aunque no fue identificado un programa robusto respecto a promoción de la salud en temáticas sexualidad-prevención-cáncer.

Como en el caso estadounidense, la infancia fue utilizada como mecanismo social para resaltar los beneficios de la vacunación en niñas (quienes suelen ser asociadas como personas alejadas de la sexualidad), y no en las mujeres adultas (Mamo et al., 2010). Una entrevistada agregó al respecto que «el hecho de que fuera en niñas también fue relevante, que no se acercara mucho a la adolescencia para que no se identificara una asociación entre el inicio de la vida sexual activa y la vacunación con la prevención de infecciones de transmisión sexual» (Funcionaria pública 1). Además, de acuerdo con esta interlocutora, aplicar la vacuna en las escuelas contribuyó también a que fuera bien recibida por la formalidad que provee el espacio educativo. Asimismo, la pobreza funcionó como un argumento central para pensar en vacunación gubernamental que apoye a las más desfavorecidas.

Dado que México es un país con cobertura limitada en los servicios de salud, otra de las complejidades sociotécnicas en la configuración de la política pública aquí analizada se relacionó con definir cómo incluir una vacuna más al esquema nacional de vacunación. Esto representó un problema de presupuesto en salud muy relevante para el Gobierno mexicano que el comité asesor que configuró esta política tuvo que sortear.

El papel de la industria farmacéutica

Las personas entrevistadas coincidieron en que la política pública de la vacunación pudo llevarse a cabo gracias a la confluencia de la voluntad política de las autoridades mexicanas (tales como Personal directivo de la Subsecretaría de Salud, del INSP, del CNEGSR y del Hospital General de México), que vieron como necesaria dicha vacunación que proviene de recomendaciones de la OMS para bajar las altas tasas de mortalidad por CaCu, lo que se unió al interés económico de la industria farmacéutica por vender las vacunas. De acuerdo con sus testimonios, el comité asesor entró en un arduo trabajo de cabildeo político, en el que, desde argumentos académicos, políticos y económicos de costo-beneficio, intentaron transmitir al Gobierno mexicano que la vacunación preventiva de VPH era necesaria.

Afortunadamente, se tenía el conocimiento del desarrollo de la vacuna [en Estados Unidos] desde hacía algún tiempo y esto favoreció que la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados se interesara por este problema que -además- sigue siendo un problema de salud muy importante no resuelto de México, que es el cáncer cervicouterino [...]; se tenían también elementos de investigación muy relevantes por parte del INSP y establecimos una relación muy estrecha para trabajar con el CENSIA (Médica).

[...] no solamente era probar la vacuna para ver si era efectiva; sino también, la parte de cuál es el costo-beneficio de poderla aplicar y la parte del impacto económico que podría tener. (Epidemiólogo 1)

El papel del comité asesor se centró en mostrar las ventajas de la vacunación desde el ámbito de salud pública y económico. Un actor clave dentro de dicho cabildeo político fue la presión que ejerció la industria farmacéutica para posicionar sus productos con un alto costo:

Cuando emergió la vacuna contra el VPH, cada dosis costaba 40 dólares. Para el contexto de México, era enorme la imposibilidad de incorporar una intervención con este costo. La vacuna contra hepatitis cuesta centavos y entonces 40 dólares, bueno, no era una cuestión trivial. La industria farmacéutica hacía mucho *lobbying*: iba a los estados, a grupos específicos. [De nuestra parte], claramente lo que necesitábamos era una política racional. (Epidemiólogo 1)

Bueno, la industria por supuesto que tenía este interés de vender las vacunas. Todo mundo estaba convencido de que es una vacuna que tiene que entrar al esquema nacional. El factor determinante para que entre pues va a ser el costo [...]. Bajar las dosis de tres a dos, contribuyó mucho. (Médica)

Estos fragmentos de entrevista dan cuenta del rol que jugó la farmacéutica Merck en la creación de la política pública mexicana de vacunación contra el VPH y de la labor intensa que realizó la parte académica del comité asesor para reducir las dosis de vacunación.

Vale la pena recordar que el papel de la industria farmacéutica no es menor: es uno de los motores de la biomedicalización. Como indican Mamo y Epstein: cuando se aplican esquemas de vacunación para prevenir ITS, esta industria «produce el riesgo, así como los mercados del riesgo que ofrecen tratamientos para intervenirlo. El riesgo individual, y no la enfermedad en sí, se convierte en el objeto de intervención que da pie a prácticas de inmunización» (2014, p. 156). La vacunación ha emergido como una herramienta eficaz para evitar la muerte de muchas mujeres, pero su intervención en contextos de estratificación social como el caso mexicano da cuenta de lo complejo que resulta incorporar dichas alternativas biomédicas, creadas para contribuir a disminuir las inequidades en salud, pero que terminan por intensificarlas, como señala la noción de biomedicalización estratificada (Clarke et al., 2003, 2010).

Si bien la presión que ejerció la industria farmacéutica fue importante para incorporar esta inmunización al esquema de vacunación mexicano, también fue de suma

relevancia las nociones sobre género y sexualidad que resaltaron los personajes clave en la recomendación de esta política pública.

Disponibilidad de recursos económicos y nociones sobre género y sexualidad en la configuración de la política pública de vacunación

Usos del género y la sexualidad en contextos con recursos limitados

En las entrevistas realizadas sobresale que la mayoría de las personas coincidieron en que vacunar solamente a niñas es adecuado, temática que atiende a otra complejidad sociotécnica que desplegó la configuración de la política de vacunación mexicana. La ciencia emergió como el mecanismo indicado para erradicar un problema de salud pública que afecta a las mujeres. Fue mencionado en varias ocasiones que, de acuerdo con la evidencia científica, el sistema inmunológico de los varones elimina más fácilmente las cepas de VPH de bajo riesgo y el de las mujeres, no; además de que, en prácticas sexuales hetero-penetrativas, es más sencillo que los tipos de alto riesgo de este virus entren al tejido epitelial y deriven en cáncer. Asimismo, el presupuesto limitado se convirtió en un mecanismo social que incidió de manera relevante en la configuración de la política pública de vacunación a VPH de manera estratificada.

¿Por qué [solo aplicar la vacunación] en niñas? Porque la idea es la prevención de cáncer cervicouterino, no de la infección [del VPH] en sí, entonces, las más afectadas son las mujeres [...]. La vacuna es muy cara, y como está enfocada a evitar el cáncer, hay que priorizar a las mujeres [...]. Hay derechos de niños, todos deberían de tener la misma posibilidad de recibir protección, sin embargo, dada la escasez de la vacuna, dado lo caro, pues hay que abordarlo en las mujeres. (Epidemiólogo 2)

No teníamos, ni tenemos el presupuesto necesario para vacunar a todas las personas. Entiendo que es un programa de factibilidad financiera. En muchas ocasiones tienes que poner en un equilibrio la evidencia científica y la decisión de salud pública o una decisión terapéutica que vaya a beneficiar a un grupo de personas. (Epidemiólogo 1)

De este modo, en la política pública de vacunación contra el VPH en México fue recomendado vacunar únicamente a las niñas (acto que continúa hasta nuestros días), dado el alto costo de las vacunas. Además, enfocar en ellas la vacunación fue valorado como un acto que involucra una «perspectiva de género», ya que son el grupo poblacional más afectado. Sobresale el uso de dicha perspectiva, donde se entiende al género como equivalente a enfocarse en las mujeres, lo cual forma parte de algunas corrientes teóricas feministas de la segunda década del siglo XX y que se hace muy presente en muchos

programas gubernamentales, lo que deja de lado la perspectiva relacional que funda la perspectiva de género.

Ante estos argumentos, se hizo necesario indagar en los usos sobre el género y la sexualidad de las personas involucradas en este proceso. Cuando fue consultado a qué se refieren con «perspectiva de género» y por qué solo se habla de mujeres cuando se hace uso a dicha categoría, fue respondido que para ellas y ellos el género es entendido como la afectación que reciben las mujeres por las valoraciones desiguales de lo femenino y lo masculino. Un entrevistado agregó:

No había una perspectiva de género en el programa de detección oportuna de cáncer cervical en el contexto de México (cuando creamos la recomendación para la política pública). [...]. Las mujeres en muchas ocasiones no acudían a hacerse una exploración ginecológica para obtención de la prueba de citología cervical porque la pareja sexual masculina se los impedía [...]. Como perspectiva de género se identifica la política pública exclusivamente focalizada a las mujeres. (Epidemiólogo 1)

Dicha interpretación de la perspectiva de género, centrada solo en las mujeres, y no de manera relacional donde los varones también estarían incluidos, se corresponde con las recomendaciones de la OPS/OMS (2019) y la OMS (2020 a, 2020b) para la prevención y atención del VPH, donde entienden al CaCu como una materialización de la desigualdad de género y económica, ya que este padecimiento afecta a mujeres pobres que no tuvieron acceso a insumos que les permitieran fortalecer su sistema inmunológico, como una buena alimentación.

Además, para el caso mexicano, fue señalado en las entrevistas el machismo que experimentan las mujeres en su sexualidad; lo que se ve plasmado en la Norma Mexicana para atender al CaCu (SS, 1994), donde aparece «la promiscuidad de la pareja» como un factor de riesgo para este tipo de cáncer (que los varones tengan múltiples parejas sexuales).

Aunque pensar en los efectos del machismo en México para la vida de las mujeres es relevante, vale la pena indicar que la perspectiva de género utilizada es problemática, de entrada, porque el machismo no solo las afecta a ellas.

Se hace crucial atender a varias investigaciones desde perspectivas teóricas feministas que documentan una tendencia similar al caso mexicano de crear programas y políticas públicas preventivas (e incluso de atención) al VPH y al CaCu mediante

intervenciones biomédicas solo para ellas. De acuerdo con estas, llevadas a cabo en México (Gayet, 2015), Estados Unidos (Carpenter y Casper, 2009; Dubriwnny, 2013), Canadá (Rail et al., 2018), India (Towghi, 2013) y Brasil (Gregg, 2003), crear alternativas biomédicas únicamente para las mujeres termina por intensificar los mandatos hegemónicos de la feminidad asociados al cuidado, donde nociones sobre el riesgo, supuesto descontrol sexual y el contagio presentes en políticas públicas, programas de atención y percepciones de personal de salud contribuye a responsabilizarlas de un padecimiento con índole sexual que requiere más de una persona.

La invisibilización de los hombres, además de que no permite que ellos tengan acceso a herramientas de detección y atención al VPH, se convierte en una suerte de dispensa al no hacerles partícipes de su intervención en los casos de VPH en mujeres heterosexuales. Es por ello por lo que aparece la necesidad de pensar en una perspectiva de género relacional que no excluya a los varones y en las complejidades que llevaría para el caso mexicano desplegar una política de vacunación universal, pues como agrega Jennifer Fosket, «dentro de los procesos de biomedicalización, los contextos sociales son regularmente oscurecidos y en su lugar, prevalecen definiciones tecnocientíficas sobre la salud y la enfermedad» (2010, p. 349).

Adicionalmente, que la vacunación preventiva al VPH esté centrada exclusivamente en niñas presenta un reto en términos de salud pública pues, si bien el CaCu es relevante en toda América Latina, hay otros tipos de cáncer que pudieran derivar del VPH y que no han sido atendidos. Entre todas las personas, las cepas 11 y 18 de este virus no solo pueden derivar en CaCu, sino también en cáncer anal, vaginal, de vulva, bucofaríngeo y de pene como aseveran varias investigaciones (Gutiérrez-Xicotencatl et al., 2018; Gamboa-Denis, 2019). De acuerdo con Forman et al. (2021), en todo el mundo, el VPH se asocia al 90% de casos de cáncer anal, al 70% de los casos de vulva y vagina, al 70% de casos bucofaríngeos y al 70% de pene. La OMS (2020b) agrega que la infección con ciertos tipos de VPH también da lugar a una proporción de casos de cáncer del ano, la vulva, la vagina, el pene y la cavidad orofaríngea, que pueden prevenirse mediante estrategias de prevención primaria análogas a las del cáncer del cuello uterino. Algunas personas entrevistadas señalaron lo siguiente al respecto:

Yo siempre estuve en contra de que no se vacunaran a los hombres, creo que tenemos investigaciones suficientes en todo el mundo que dan cuenta de que ellos también deben ser vacunados. Tenemos que atacar

el padecimiento en todas las personas. Las tasas de cáncer por VPH en varones también son relevantes. (Epidemióloga 2)

El virus se transmite por vía sexual, independientemente que sea hombre o sea mujer se puede transmitir, lo que pasa es que la historia natural de la infección es diferente en hombres que en mujeres. El hombre lo elimina mucho más rápido, en cambio la mujer no, se tarda más en eliminar este virus. Esa parte de la infección es en ambos sentidos, tenemos que aceptar que los seres humanos tenemos una vida sexual bastante amplia y no podemos seguir viendo cierto tipo de enfermedades como la responsabilidad o la culpa de alguien. (Médica)

Estos fragmentos de entrevista dan cuenta de las disputas sociales respecto a la relevancia de incorporar a los varones a los esquemas de vacunación, incluso desde parámetros científicos, que resaltan la necesidad de combatir tasas de cáncer en varones. Si bien se llevan a cabo investigaciones para ver elementos de costo-beneficio y de alternativas que ofrecería la vacunación a niños en México (Torres-Ibarra et al., 2016; Liu et al., 2018), y en otros países de la región como Brasil, Argentina y Panamá ya hay vacunación universal y estrategias de promoción de la salud respecto a estos temas (Restrepo et al., 2018), en México no contamos con cobertura universal de vacunación y tampoco con campañas educativas a escala masiva respecto a VPH y tipos de cáncer derivados de este virus.

El cáncer anal en varones con prácticas homoeróticas y el cáncer de garganta en varones con prácticas hetero representan problemas de salud relevantes, como lo deja ver este entrevistado:

Uno de los problemas en una población HSH es el cáncer anal, pues está incrementándose muchísimo. Otro evento que me está llamando mucho la atención es el cáncer de garganta, se ha incrementado también [...]. Esto justifica que se vacune a hombres dado el incremento que hay. Como que de ahí se está justificando de que también los chicos se puedan vacunar y como tampoco podemos prever en los adolescentes, su comportamiento de preferencias sexuales posteriormente pues le puede ser útil en aplicarlo. (Epidemiólogo 2)

Otras personas entrevistadas también reconocieron que algunas poblaciones quedaron descubiertas por las vacunas.

Si la vacuna costara un peso pues seguramente vacunaríamos a todo mundo, pero lo que importa es la prevención en el grupo más afectado, que son las mujeres. Los hombres quedaban cubiertos por efecto de rebaño. Solamente quedaba hacer los ajustes para una población en riesgo que no estaría tan protegida, los adolescentes homosexuales,

pero a los 9 ó 10 años muchos niños no saben cuáles van a ser sus preferencias y era un tema un poco complicado. (Médica)

Si bien pudiera parecer difícil conocer la orientación sexual de los niños, vacunar a todas las personas sería factible hasta en términos de costo-beneficio para reducir las altas tasas de cáncer bucofaringeo y anal en el país, pues hay investigaciones que sustentan el auge de tasas de cáncer derivadas del VPH en varones con prácticas sexuales hetero y homo: respecto a los varones con prácticas homoeróticas, un estudio llevado a cabo con soldados de México indica que el 70% de los varones encuestados mantuvo estas prácticas y presentó las cepas 16 y 18 de VPH, que derivaron en cáncer anal (Plett-Torres et al., 2007). Otra investigación elaborada en Chihuahua (Hinojos et al., 2016) señala la alta prevalencia entre VIH y VPH que deriva en cáncer anal entre varones con estas prácticas, lo que sustenta la relevancia de ampliar a más sectores el esquema de inoculación.

Limitaciones del trabajo: la investigación de la que se desprende este artículo fue realizada durante el inicio y auge de la pandemia de la COVID-19 en México, lo que repercutió en el acceso a más personas para realizar entrevistas. Si bien el informante clave fue accesible y contactó con otras personas, fue difícil acceder a testimonios de personal de la burocracia mexicana para saber su percepción y experiencia en el proceso de configuración de la política pública, en parte por la escasez de las vacunas para VPH para comprar en su lugar la del SARS-COV-2. Además, las limitaciones pandémicas de contacto con otros seres humanos contribuyeron a que muchas entrevistas fueran realizadas vía digital.

CONCLUSIONES

El caso de la configuración de la política pública de la vacunación contra el VPH en México da cuenta de las complejidades sociotécnicas que se despliegan en el país cuando se intenta adaptar recomendaciones internacionales que en muchas ocasiones no se adecuan a los contextos latinoamericanos.

El bajo presupuesto en salud para una población de más de 100 millones de personas, la presión de la industria farmacéutica para comprar vacunas a un precio elevado, nociones sobre perspectiva de género enfocada solamente en las mujeres como receptoras de la vacuna y la voluntad política contribuyeron a delinear la inoculación de manera estratificada, solo para niñas escolarizadas y no escolarizadas con aplicación de dos dosis.

Con este artículo podemos ver que se hace necesario pensar en los retos que conlleva una perspectiva de género relacional en la vacunación preventiva al VPH. Aunque esta ha sido pensada como una alternativa para ayudar a las mujeres, afectadas mayoritariamente por el CaCu, se hace relevante apoyar a otros grupos poblaciones como los varones con prácticas homoeróticas y heterosexuales, que podrían beneficiarse de las vacunas. Centrarse únicamente en las mujeres, en lugar de empoderarlas, contribuye a responsabilizarlas de un padecimiento que se transmite vía sexual en conjunto.

Es necesario realizar mayores esfuerzos en el interior del Gobierno mexicano para reconocer el contexto social donde emerge el riesgo sexual y así ofrecer materiales educativos sobre sexualidad y extender la vacunación a varones, acciones que necesitan del aumento del presupuesto destinado a salud.

Pensar en estrategias preventivas que tomen en cuenta las particularidades socioculturales donde se adecúen estrategias biomédicas como las vacunas se hace necesario en estos días donde las retóricas sobre los virus, la vacunación y las pandemias se vuelven cada vez más cotidianas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARGUELLES, Adelina, et al. Representaciones sociales de la inmunización del virus del papiloma humano en familias de Ciudad Obregón, Sonora. En: *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*. 2020, vol. 8, núm. 5, pp. 1-18.
- BOSCH, F. Xavier; ROBLES, Claudia. HPV-FASTER: Combined strategies of HPV vaccination and HPV screening towards a one visit for cervical cancer preventive campaigns. En: *Salud Pública de México*. 2019, vol. 60, núm. 6, pp. 612-616.
- CARPENTER, Laura; CASPER, Monica. Global Intimacies: Innovating the HPV Vaccine for Women's Health. En: *Women's Studies Quarterly*. 2009, vol. 37, núms. 1-2, pp. 80-100.
- CHARMAZ, Kathy. The power of constructivist grounded theory for critical inquiry. En: *Qualitative Inquiry*. 2017, vol. 23, núm. 1, pp. 34-45.
- CLARKE, Adele E., et al. Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. En: *American Sociological Review*. 2003, vol. 68, núm. 2, pp. 161-194.
- CLARKE, Adele E., et al. Biomedicalization. A theoretical and substantive introduction. En: Clarke, Adele E. (ed.). *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U. S.* Durham y London: Duke University Press, 2010, pp. 1-47
- CONRAD, Peter. The shifting engines of medicalization. En: *Journal of Health and Social Behavior*. 2005, vol. 46, núm. 1, pp. 3-14.
- DE LA HOZ RESTREPO, Fernando, et al. Policies and processes for human papillomavirus vaccination in Latin America and the Caribbean. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018, núm. 41, vol. 124, pp. 1-8.
- DUBRIWNY, Tasha. *The Vulnerable Empowered Woman. Feminism, Postfeminism, and Women's Health*. Nueva Jersey: Rutgers University, 2013.
- FERNÁNDEZ, Loreto. Implementación de la vacunación contra el virus papiloma humano en Chile: una mirada desde los determinantes sociales de la salud «ingreso» y «género». En: *Revista Médica de Chile*. 2017, vol. 145, núm. 12, pp. 1605-1609.
- FORMAN, David, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. En: *Vaccine*. 2012, vol. 30, núm. 5, pp. f12-23.
- FOSKET, Jennifer. R. Breast Cancer Risk as Disease. Biomedicalizing Risk. En: Clarke, Adele E. (ed.). *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U. S.* Durham y London: Duke University Press, 2010, pp. 331-352.
- FRANCO, Eduardo L. Prevention of Cervical Cancer in Latin America: Future Challenges and Opportunities. En: *Salud Pública de México*. 2019, vol. 60, núm. 6, pp. 609-611.
- GAMBOA-DENNIS, Robert-Anthony. Discusión en torno a la vacunación profiláctica contra el virus del papiloma humano. En: *Revista Bioética y Derecho*. 2019, núm. 45, pp. 111-125.

- GAYET, Cecilia. *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*. México: Secretaría de Salud/CENSA, 2015.
- GILCA, Vladimir, et al. Early use of the HPV 2-dose vaccination schedule: leveraging evidence to support policy for accelerated impact. En: *Vaccine*. 2018, vol. 36, núm. 32, pp. 4800-4805.
- GREGG, Jessica L. *Virtually virgins: sexual strategies and cervical cancer in Recife, Brazil*. Stanford: Stanford University Press, 2003.
- GUTIÉRREZ-AGUADO, Alfonso. Costo-utilidad de la vacuna contra el virus de papiloma humano en mujeres peruanas. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2011, vol. 28, núm. 3, pp. 416-425.
- GUTIERREZ-XICOTENCATL, Lourdes, et al. Serological Biomarkers for the Prediction and Detection of Human Papillomavirus Associated Cancers. En: Shamsadin, S. (ed.). *Immunoregulatory Aspects of Immunotherapy*. Wales: IntechOpen Limited, 2018, pp. 199-227.
- HINOJOS, Denisse A., et al. Prevalencia de tipos de virus del papiloma humano en hombres que tienen sexo con hombres, en Chihuahua, México. En: *Acta Universitaria*. 2016, vol. 26, núm. 5, pp. 62-69.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. 2020. [Consulta: 20 de julio de 2020]. Disponible en: www.Inegi.Org.Mx/Sistemas/Olap/Registros/Vitales/Mortalidad/Tabulados/ConsultaMortalidad.Asp
- LAZCANO-PONCE, Eduardo, et al. Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma en México. En: *Salud Pública de México*. 2009, vol. 51, núm. 4, pp. 336-341.
- LAZCANO-PONCE, Eduardo, et al. Persistence of immunity when using different human papilloma-virus vaccination schedules and booster-dose effects 5 years after primary vaccination. En: *Journal of Infectious Disease*. 2019, vol. 219, núm. 1, pp. 41-49.
- LIU, Zhiyue, et al. Acquisition, persistence, and clearance of human papillomavirus infection among male virgins residing in Brazil, Mexico, and the United States. En: *Journal of Infectious Disease*. 2018, vol. 217, núm. 5, pp. 767-776.
- LUCIANI, Silvana, et al. HPV vaccine implementation and monitoring in Latin America. En: *Salud Pública de México*. 2019, vol. 60, núm. 6, pp. 683-692.
- MAMO, Laura; EPSTEIN, Steven. The new sexual politics of cancer. En: *BioSocieties*. 2016, vol. 12, núm. 3, pp. 367-391.
- MAMO, Laura; EPSTEIN, Steven. The pharmaceuticalization of sexual risk: vaccine development and the new politics of cancer prevention. En: *Social Science & Medicine*. 2014, vol. 101, pp. 155-165.

- MAMO, Laura, et al. Producing and Protecting Risky Girlhoods. En: Wailoo, Keith, et al. (eds.). *Three Shots at Prevention. The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010, pp. 121-145.
- NASCIMENTO, María Vanária, et al. O que sabem os adolescentes do ensino básico público sobre o HPV. En: *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2013, vol. 34, núm. 2, pp. 229-238.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Papilomavirus Humanos (HPV) Y Cáncer Cervicouterino*. 2020a. [Consulta: 15 de mayo de 2020]. Disponible en: [www.Who.Int/Es/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Human-Papillomavirus-\(Hpv\)-And-Cervical-Cancer](http://www.Who.Int/Es/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Human-Papillomavirus-(Hpv)-And-Cervical-Cancer)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Proyecto de estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública*. 2020b. [Consulta: 7 de agosto de 2021]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-sp.pdf?sfvrsn=b8690d1a_22&download=true.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS/OPS). *El Plan de Acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030*. 2019. [Consulta: 16 de junio de 2020]. Disponible en: www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-prevencion-control-cancer-cervicouterino-2018-2030
- PALENCIA-SÁNCHEZ, Francisco; ECHEVERRY-CORAL, Sandra Johanna. Aspectos sociales que han afectado la aceptación de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en Colombia. Una revisión sistemática. En: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2020, vol. 71, núm. 2, pp. 178-194.
- PLETT-TORRES, Tanya, et al. Frequency of antibodies against E4 and E7 from human papillomavirus type 16 in Mexican soldiers. En: *Archives of Virology*. 2007, vol. 152, núm. 1, pp. 97-114.
- RAIL, Geneviève, et al. HPV vaccination discourses and the construction of «at-risk» girls. En: *Canadian Journal of Public Health*. 2018, vol. 109, núm. 5, pp. 622-632.
- SECRETARÍA DE SALUD (SS). *El Programa de Vacunación Universal*. 2019. [Consulta: 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: www.gob.mx/salud/censia/articulos/programa-de-vacunacion-universal-132347?state=published
- SECRETARÍA DE SALUD (SS). *Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino*. 1994. [Consulta: 20 de julio de 2020]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html
- SECRETARÍA DE SALUD (SS). *Vacunas contra el virus del papiloma humano*. 2015. [Consulta: 2 de diciembre de 2020]. Disponible en:

www.gob.mx/salud/censia/articulos/vacunas-contra-el-virus-del-papiloma-humano-vph-130835?state=published

TORRES-IBARRA, Leticia, et al. Triage strategies in cervical cancer detection in Mexico: methods of the FRIDA Study. En: *Salud Pública de México*. 2016, vol. 58, núm. 2, pp. 197-210.

TOWGHI, Fouziyha. The Biopolitics of Reproductive Technologies beyond the Clinic: Localizing HPV Vaccines in India. En: *Medical Anthropology*. 2013, vol. 32, núm. 4, pp. 325-342.

WAILOO, Keith, et al. Vaccine Timelines. En: Wailoo, K., et al. (ed.). *Three Shots at Prevention. The HPV Vaccine and the Politics of Medicine's Simple Solutions*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010, pp. xix-xviii.

LA MATERNITAT SUBROGADA: ESTUDI DE REVISIÓ

La maternidad subrogada: Estudio de revisión

Surrogate Motherhood: A Systematic Review

**Paula Ródenas Buiza¹, Francisco Blanco García¹, Laura Farré Pinillos¹,
Carla Abellán Valle¹, Clàudia Carnota Sánchez¹, Alba Montoro Acosta¹**

Autora correspondència: Laura Farré Pinillos

Correu electrònic: lfarrepi18@gmail.com

1. Graduat/da en Infermeria. Universitat de Barcelona (*Barcelona, Espanya*)

Rebut: 27/03/2023 Acceptat: 19/04/2023



RESUM

INTRODUCCIÓ. La maternitat subrogada esdevé un fenomen social caracteritzat per la formalització d'un contracte pel qual es declara que una dona s'encarregarà de gestar el fill per a unes altres persones, renunciant, per tant, al seu dret com a mare. Aquesta es pot donar sota un ampli ventall de situacions segons el motiu que origini aquesta pràctica, com poden ser l'econòmic o l'altruista. Això pot donar lloc a pràctiques com el turisme reproductiu segons les lleis que es troben establertes en cada nació. **OBJECTIU.** Analitzar la maternitat subrogada a través de la literatura científica. **METODOLOGIA.** S'ha realitzat una revisió bibliogràfica a través de les bases de dades de PubMed i SciELO. **RESULTATS.** S'analitzen onze articles i es troben diverses perspectives envers la maternitat subrogada: autors que estan a favor d'aquesta pràctica i la seva legalització, autors en contra, i finalment, autors a favor d'una regularització. **CONCLUSIONS.** La maternitat subrogada es pot aproximar des de dos punts de mira, l'ètic i el pragmàtic. Des de l'ètica, s'afirma que és una cosificació de la dona que no té en compte els riscos i aspectes emocionals que comporta l'embaràs. Per altra banda, des d'una visió pragmàtica, la gestació subrogada és un tema de gran controvèrsia que genera un problema internacional de difícil regularització. Finalment, tenint en compte la visió infermera, és imprescindible formar a tot l'equip interdisciplinari i crear protocols d'actuació per tal d'oferir una atenció integral i de qualitat.

Paraules clau: maternitat subrogada; mare gestant; turisme reproductiu; infermeres.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La maternidad subrogada se ha convertido en un fenómeno social caracterizado por la formalización de un contrato por el cual se declara que una mujer se encargará de gestar al hijo para terceras personas, renunciando, por lo tanto, a su derecho como madre. Esta se puede dar bajo un amplio abanico de situaciones según el motivo que origine esta práctica, como pueden ser el económico o el altruista. Esto puede dar lugar a prácticas como el turismo reproductivo según las leyes de cada nación. **OBJETIVOS.** Analizar la maternidad subrogada a través de la literatura científica. **METODOLOGÍA.** Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las bases de datos de PubMed y SciELO. **RESULTADOS.** Se analizan once artículos y se encuentran varias perspectivas hacia la maternidad subrogada: autores que están a favor de esta práctica y su legalización, autores en contra, y finalmente, autores a favor de su regularización. **CONCLUSIONES.** La maternidad subrogada tiene dos puntos de vista, el ético y el pragmático. Desde la ética, se afirma que es una cosificación de la mujer sin tener en cuenta los riesgos y aspectos emocionales que supone el embarazo. Por otro lado, desde una visión pragmática, la gestación subrogada es un tema de gran controversia que genera un problema internacional de difícil regularización. Finalmente, teniendo en cuenta la visión enfermera, es imprescindible formar a todo el equipo interdisciplinario y crear protocolos de actuación para ofrecer una atención integral y de calidad.

Palabras clave: maternidad subrogada; madre gestante; turismo reproductivo; enfermeras.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Surrogate motherhood is a social phenomenon characterized by drawing up a legal contract stating that a woman will manage the child for other people, thereby giving up her right as a mother. This can be done under a wide range of situations depending on the reason to perform this practice such as the economic or altruistic one. This can lead to practices such as reproductive tourism according to the laws established in each nation. **OBJECTIVES.** Analyze surrogate motherhood throughout a scientific literature review. **METHOD.** A bibliographic review has been carried out through the PubMed and SciELO databases. **RESULTS.** Eleven articles are analyzed and there are various perspectives for surrogate motherhood; authors who support this practice and its legalization, authors who are against it and, finally, others that support its regularization. **CONCLUSIONS.** Surrogate motherhood has two sights: the ethical and the pragmatic. According to ethics, there's a commodification of women without considering the risks and emotional aspects of being pregnant. On the other hand, from a pragmatic point of view, surrogate motherhood is a highly controversial subject that generates an international issue that is difficult to regulate. Finally, from a nurse's point of view, it is essential to train the entire interdisciplinary team and create protocols of action in order to provide comprehensive and high-quality care.

Keywords: Surrogate Motherhood; Gestational Surrogacy; Surrogacy; Reproductive Tourism; Nurses.

INTRODUCCIÓ¹

La maternitat subrogada és la pràctica procreativa en la qual una dona accepta gestar un embrió al seu ventre per a una altra persona o parella, renunciant a ser la mare del nounat i atorgant aquest dret a l'altra part interessada (Aznar y Martínez Peris, 2019).

La maternitat subrogada es pot dur a terme de dues maneres i, per tant, se'n poden diferenciar dos tipus en funció de la tècnica de reproducció humana assistida (TRHA). Parlem de gestació subrogada tradicional quan la tècnica utilitzada és la inseminació artificial amb semen de l'home de la parella comitent (un dels interessats) o d'un donant, però l'òvul és de la dona gestant, és a dir, proporciona els seus propis òvuls per dur a terme la fecundació. En canvi, parlem de gestació subrogada gestacional quan es duu a terme a través de la fecundació in vitro, on s'implantarà a l'úter de la dona gestant subrogada l'embrió fecundat amb els gàmetes de la parella comitent, o de donants, de manera que la dona que se sotmetrà a aquesta tècnica de reproducció durà a terme l'embaràs i donarà a llum al nounat. La principal diferència és que, en aquest últim tipus, el nadó serà biològicament el fill de la persona o parella interessada, excepte si prové d'un o dos donants (Casciano, 2018). Aquesta pràctica normalment implica una remuneració econòmica per a la mare gestant, tot i que també podem parlar de subrogació altruista (de manera desinteressada, sense cobrar res a nivell econòmic pel fet de gestar un fill) quan la dona rep únicament una compensació per les despeses generades durant l'embaràs i tot el que aquest comporta. Així mateix, en la **Taula 1** es mostren exemples dels diferents països en que es practica un o l'altre tipus de subrogació, i també aquells on es una pràctica prohibida. Habitualment, aquest acte altruista s'associa a gestacions subrogades dins un mateix entorn familiar o social pròxim (Aznar y Martínez Peris, 2019; Igareda, 2018).

Taula 1. La maternitat subrogada en els diferents països (Marcela Cáceres, 2019)

Subrogació remunerada	Subrogació altruista	Prohibida
Ucraïna, Rússia, Kazakhstan, Geòrgia i Bielorrússia, alguns estats d'EUA (Califòrnia)	Queensland (Austràlia), El Regne Unit, Canadà, alguns estats d'EUA (Florida)	Espanya, Alemanya, Àustria, Finlàndia, França i Itàlia

¹ Aquest article deriva d'un treball realitzat en el si de l'assignatura Infermeria de la Salut Sexual i Reproductiva, tutoritzat per la professora Josefina Goberna-Tricas, realitzat en el darrer curs del Grau d'Infermeria a l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.

Maternitat Subrogada a Espanya

La «Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida», concretament a l'Article 10 («Gestación por sustitución»), és la llei encarregada de regular la maternitat subrogada a Espanya. La gestació subrogada és una tècnica de reproducció no permesa a nivell de l'Estat espanyol, ja que es considera que la mare legal és aquella que dona a llum, de manera que no està permès cap contracte gestacional en el qual una dona renuncia a la filiació materna i li atorga aquest dret a un tercer o contractant (primer punt Article 10 de la «Ley 14/2006») (BOE, 2006).

No obstant això, en aquells casos en els quals el material genètic pertany a l'home comitent, per tant, qui consta com a pare en la filiació del fill, podrà reclamar la paternitat del seu fill (tercer punt Article 10 de la «Ley 14/2006»). Això provoca que, tot i que legalment en cas d'haver-hi un conflicte d'interès sempre anirà a favor de la mare gestant, que és qui ha donat a llum i a qui li pertany la filiació del nadó (segon punt Article 10 de la «Ley 14/2006»), aquesta pot donar en adopció al nadó als comitents. El fet de permetre de forma legal aquest tipus d'adopció autoritza a realitzar de forma indirecta una acció que directament no es pot realitzar, i, per tant, s'està aconseguint la gestació subrogada en contra de la legislació espanyola («Ley 14/2006, de 26 de mayo, Sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida», 2006). Tot i que aquesta pràctica no està legalitzada a Espanya, es calcula que les xifres de fills nascuts a l'estranger per maternitat subrogada podrien superar els 1.500 nadons. Dídac Sánchez, director de Subrogalia, empresa que promou la gestació subrogada, assegura que el 2016 van veure 180 casos, amb 580 ja previstos per a l'any vinent; en dos anys, esperen arribar als 650. Això significa que, tot i que la legislació a Espanya no legalitza ni valida els contractes de gestació subrogada entre la dona gestant i els pares intencionats (ja que la maternitat s'adjudica pel part), sí que està permès fer-la a un altre país on aquesta tècnica sigui legal. És a dir, un espanyol pot signar legalment un contracte a un país estranger on la pràctica de gestació subrogada estigui permesa i tornar a Espanya després del part (G. del Burgo, 2015; Peraita, 2016).

Turisme Reproductiu

El turisme reproductiu consisteix a viatjar a una altra localització on sigui legal o sigui possible portar a terme algun tractament de fertilitat. La Societat Americana de Medicina Reproductiva defineix l'atenció reproductiva transfronterera com «l'activitat que envolta els pacients que viatgen fora del seu país de domicili per buscar serveis i tractaments de reproducció assistida» (2016).

Hi ha diverses raons per les quals s'ocasiona aquesta circumstància. La principal causa estableix que el turisme reproductiu és una pràctica que duen a terme individus que es troben en Estats o zones on no estan permesos legalment alguns processos de reproducció assistida o la legislació dels quals és més estricta i rígida respecte a aquest tema. Per això aquests ciutadans emprenen viatges a altres països on aquesta praxi es contempla dins de la legalitat, per tal d'aconseguir el seu objectiu sense trobar dificultats administratives, legals i jurídiques, i que, per tant, els puguin ocasionar un problema. A més a més, existeixen altres motius que originen aquesta pràctica, com pot ser el cost del tractament que es dugui a terme a l'entorn on es troba la persona que viatja, la manca de personal i instrumental per dur-lo a terme, l'incompliment dels criteris d'inclusió i el compliment dels excloents per poder ser partícip d'aquestes pràctiques, o fins i tot perquè són considerades tècniques amb un nivell de seguretat baix (Pennings, 2002).

Aquesta pràctica sovint es duu a terme per part de ciutadans de l'Estat Espanyol, així com d'altres països com Itàlia o França, ja que la gestació subrogada no està legalitzada al seu territori. Això implica que es viatgi a països com Índia o Nigèria on sí està permès. El fet que la gestació subrogada es pugui realitzar en aquests Estats no implica que es trobi regularitzat com a tal, fet que pot portar a situacions perjudicials per a la dona gestant (Piersanti et al., 2021).

Com a dada, la majoria dels espanyols opten per marxar a Ucraïna a iniciar el procés de gestació subrogada, ja que és més econòmic, i un 40% opten per fer-ho als Estats Units, on encara que el cost sigui el doble, el procés està més regularitzat. Finalment, cada vegada més espanyols opten per marxar a Mèxic, on també és legal la gestació subrogada i, com a Ucraïna, no hi ha restriccions per a les parelles homosexuals (EFE. Barcelona, 2014).

Perspectiva de la Mare Gestant

Les persones que intervenen en el procés de maternitat subrogada són els professionals sanitaris, la mare gestant i el seu entorn, el nadó i la família a la qual serà lliurat aquest últim. Els professionals sanitaris s'encarreguen de realitzar el seguiment de l'embaràs de la mare gestant i detecten precoçment qualsevol possible complicació que pugui sorgir, assegurant una atenció integral i de qualitat a la mare gestant i al nounat. La família que espera el lliurament del nadó, en la majoria de casos, es comunica amb la mare gestant durant tot el procés de gestació i fins que es produeix el part per tal d'assegurar-se que tant la mare com el nadó es troben bé i no sorgeix cap complicació, i en alguns casos aquesta relació perdura al llarg del

temps. La reacció de l'entorn de la mare gestant en conèixer la decisió de sotmetre's a una maternitat subrogada sol ser negativa en un principi i acceptada un cop s'informen d'aquest procés i de les raons per les quals ho fan. Tot i això, aquesta percepció de l'entorn canvia d'un país a un altre d'acord amb els valors culturals i socials establerts. De la mateixa manera, l'experiència de la mare gestant és diferent en un país desenvolupat, on el procés de gestació està regularitzat, que en un subdesenvolupat, on hi ha manca de recursos per tal de proporcionar una tècnica de reproducció assistida segura i efectiva (Jadva et al., 2003). Per exemple, segons un estudi realitzat pel Centre de Recerca en Psicologia Infantil i Familiar de Londres, 34 mares gestants van ser entrevistades per conèixer l'experiència viscuda com a mares gestants. D'aquesta manera, van analitzar la relació que mantenien amb la família abans, durant i després del part, les raons per les quals van decidir ser mares gestants i com el seu entorn va reaccionar a la decisió de convertir-se en mares gestants (Jadva et al., 2003).

Les troballes d'aquest estudi van ser bastant significatives. D'una banda, en general, l'experiència viscuda com a mares gestants va ser positiva. Per exemple, cap de les mares gestants va tenir dubtes a l'hora de lliurar el nadó a la família i la majoria d'elles, fossin conegudes o no, va mantenir una bona relació amb la família durant el procés de maternitat subrogada i inclús un cop el fill anava creixent. D'aquesta manera, molts d'ells acaben tenint coneixement de qui és la seva mare gestant i mantenen contacte directe amb aquesta última de manera constant i al llarg dels anys. En l'àmbit psicològic, l'estudi mostra com algunes mares gestants van experimentar alguns problemes psicològics lleus, com sentir-se més irritades o enfadades un cop lliurat el nadó a la família, i tot així, aquests van desaparèixer al llarg del temps. També l'entorn de les mares gestants es mostra positiu i els hi proporciona suport durant tot el procés de gestació, inclosos els fills d'aquesta. D'altra banda, l'estudi mostra que les raons per les quals la mare gestant pren la decisió de sotmetre's a una maternitat subrogada és, en la majoria de casos, voler ajudar a una parella estèril; en un menor percentatge, pel plaer de l'embaràs i el fet de sentir-se auto realitzat; i, per últim, només en el cas d'una de les trenta-quatre mares gestants ho feia per la remuneració que n'obtindria (Jadva et al., 2003).

Un altre país desenvolupat on està permesa i regulada la maternitat subrogada és els Estats Units, on les lleis de fertilitat depenen de cada Estat. Per exemple, a Califòrnia la llei aprovada que regula la maternitat subrogada dona seguretat a totes les parts implicades. El procés de gestació està regulat per diferents agències i per un contracte entre client i mare gestant, que tenen dos advocats diferents per tal de garantir que les dues parts entenen les activitats i obligacions a complir del contracte, sense coercions per part de la família a la mare gestant o a

l'inrevés (Ximénez de Sandoval, 2017). El fet que estigui tan regulat i sigui tan segur per a la mare gestant, que disposa d'un psicòleg a més de l'equip mèdic, i per a la família que en cas d'alguna complicació l'agència se'n fa càrrec, fa que la maternitat subrogada als Estats Units costi entre 125.000 i 150.000 dòlars, i la mare gestant cobri entre 30.000 i 65.000 dòlars per embaràs (Ximénez de Sandoval, 2017). D'aquesta manera, la mare gestant viu una experiència positiva on gaudeix de l'embaràs de manera segura i controlada per part d'un equip mèdic de qualitat i, a més, forma un vincle amb la família durant el procés de gestació (American Surrogacy).

Un altre exemple seria l'experiència viscuda per la mare gestant en un país subdesenvolupat com la Índia. En aquest país la gestació subrogada és legal i està regulada per un contracte que firmen les dues parts implicades, però moltes vegades a les mares gestants els hi manca informació degut a l'analfabetisme, que és comú en les persones amb pocs recursos. A més, la família acorda un preu directe amb la mare gestant que serveix per pagar la clínica i una assegurança mèdica, i moltes vegades la clínica es queda amb la major part dels diners aprofitant-se així de la vulnerabilitat de la mare gestant que acaba rebent una petita part (Ana, 2008). Segons una entrevista de la *BBC* a mares gestants de la Índia, la majoria d'elles opten per ser-ho per tal d'obtenir un benefici econòmic i, a diferència d'altres països, no arriben a conèixer a la família ni durant el procés ni un cop aquest finalitza. Això els hi provoca una gran tristesa i un sentiment de culpabilitat que persisteix al llarg del temps. A més, moltes d'elles manifesten no tenir el suport per part del seu entorn, ja que aquest creu que no és un procés segur i a això tampoc ajuda que durant tot el procés de gestació les mares gestants han d'estar en un hostal allunyades de la família i aquesta només la pot visitar una vegada (Pandey, 2016).

Així i tot, aquesta experiència negativa per part de la mare gestant també és comuna en alguns països desenvolupats com Ucraïna. En aquest país, el fet de comercialitzar està permès, però hi ha una manca de regulació per a la gestació subrogada i la donació d'òvuls. D'aquesta manera, les mares gestants no estan protegides legalment, especialment si sorgeixen problemes durant l'embaràs. Per exemple, a una mare gestant ucraïnesa se li va morir l'embrió implantat a la sisena setmana i la clínica de gestació va negar-se a fer-se responsable i la mateixa mare gestant es va fer càrrec, econòmicament, del tractament mèdic que necessitava (Cerezo M, 2022). A més, segons un article publicat pel diari francès *Le Monde*, a Ucraïna les mares gestants són obligades a seguir forts tractaments hormonals, un estil de vida determinat, una estricta alimentació, el dret a la intimitat és vulnerat per contracte, hi ha un baix control mèdic al llarg del procés de gestació, etc. Tot això fa que l'experiència viscuda per les mares gestants

provoqui un deteriorament físic i psicològic en aquestes i que moltes vegades vegin aquest procés de forma negativa (Gatinois, 2020). Per tant, a través de l'experiència viscuda de la mare gestant, s'ha vist com unes mesures estandarditzades i regularitzades del procés, com les que tenen alguns països com Estats Units i Gran Bretanya, permet que l'impacte psicològic en la mare gestant sigui menor i l'experiència més satisfactòria, tant per la família i el nadó com per la mare gestant i el seu entorn.

És important destacar el vincle que es crea entre la mare gestant i el nen com a resultat de l'embaràs, ja que diversos autors assenyalen que el procés de desvinculació amb el nen pot donar lloc a problemes psicològics en la mare gestant. No obstant això, aquest argument es pot refutar a través de l'evidència científica, ja que és complicat establir una premissa clara sobre això perquè depèn de cada dona i de múltiples factors (com l'edat o l'actitud posterior al part). A més, se suposa que les gestants són prèviament advertides per les agències i signen un consentiment «plenament» informat sobre que el nen que gestaran s'haurà d'entregar a la parella comitent. Malgrat això, no s'informen dels problemes psicològics als quals es poden enfrontar les mares gestants durant el procés d'embaràs i la posterior separació (Lamm, 2013).

Un cop explicats els conceptes bàsics sobre la gestació subrogada, la legislació que la regeix en múltiples estats i les implicacions que comporten les seves diferències (com el turisme reproductiu), és imperativa l'exploració del dilema ètic que es deriva de la disparitat de visions en la societat, la qual varia segons el seu context social (condicions de vida) i les experiències vitals de cada individu. L'objectiu general d'aquest treball es realitzar una revisió de l'evidència científica dels últims anys sobre la maternitat subrogada. Per donar resposta al dilema que suposa la gestació subrogada, ens hem plantejat els següents objectius:

- Comparar els diferents punts de vista sobre la maternitat subrogada pel que fa als aspectes ètics i pragmàtics.
- Identificar el rol de la infermeria en el procés de la maternitat subrogada.

MATERIAL I METODES

El disseny emprat en aquest treball és el d'una revisió bibliogràfica d'acord amb els articles publicats en la literatura científica sobre la maternitat subrogada. Es va realitzar una cerca exhaustiva en dues bases de dades que es va iniciar al mes d'octubre de 2022 i es va finalitzar al mes de novembre de 2022. Les bases de dades consultades han estat: PubMed i SciELO.

En la **Taula 2** es mostra la selecció de paraules clau que han estat establertes per dos Tesaurus: *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS), emprat per a la traducció dels termes del castellà a l'anglès i el *Medical Subject Headings* (MeSH), per tal d'ajustar l'objectiu temàtic de la cerca. Es van utilitzar com enllaç els operadors booleans «AND», «OR» i el truncament (*) per combinar les paraules clau.

Taula 2. Paraules clau

Català	Castellà	Anglès
Maternitat subrogada	Maternidad subrogada	Surrogate motherhood
Gestació subrogada	Gestación subrogada	Gestational surrogacy
Gestació subrogada	Gestación subrogada	Surrogacy
Turisme reproductiu	Turismo reproductivo	Reproductive tourism
Infermeres	Enfermeras	Nurses

Els criteris d'inclusió i exclusió que s'han tingut en compte en la selecció dels articles i el seu posterior anàlisi es mostren en la Taula 3.

Taula 3. Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Articles originals o publicacions d'accés lliure o gratuït o consensuats en accés privat a través del CRAI de la Universitat de Barcelona.	Articles originals o publicacions d'accés privat o de pagament.
Publicacions en anglès, català o castellà.	Articles sense resum disponible
Articles publicats en els últims sis anys (2016-2022) envers la maternitat subrogada	Articles o publicacions de l'àmbit exclusivament mèdic.

De la identificació inicial, es van excloure tots aquells articles que tractaven altres temàtiques a partir d'un primer anàlisi del títol de la publicació i/o amb la lectura crítica del resum. Dels articles seleccionats, es va realitzar una lectura completa dels textos, exclouent aquells que no s'ajustaven a l'objectiu del treball. Després de la valoració de l'adequació dels

treballs i d'excloure els treballs repetits, 10 articles van complir els criteris d'inclusió. Dels articles inclosos es va realitzar una lectura crítica i l'elaboració dels resultats. Finalment, es va elaborar una taula on es van classificar tenint en compte les següents variables: autoria i any de publicació, títol, tipus de disseny i estudi i resultats/conclusions (**Taula 5**).

Taula 4. Selecció d'articles

PUBMED			
Estratègia de cerca	Resultats obtinguts	Selecció inicial	Selecció final
«surrogacy» AND «ethics»	138	35	4
«gestational mother» OR «surrogate motherhood»	41	10	5
(«gestational mother» OR «surrogate motherhood») AND «ethics»	13	7	4
(«surrogacy» OR «surrogate motherhood») AND «bioethics»	57	17	8
«healthcare» AND «nurses» AND «surrogacy»	4	1	1
«surrogacy motherhood» AND «care»	7	2	1
SciELO			
Estratègia de cerca	Resultats obtinguts	Selecció inicial	Selecció final
«surrogacy» and «altruism»	2	1	1

L'organització i classificació de la informació s'ha realitzat a partir del gestor bibliogràfic Mendeley Reference Manager.

RESULTATS

Després d'analitzar la maternitat subrogada a través de la literatura científica, la informació obtinguda en els diferents articles s'ha resumit en la **Taula 5**.

Taula 5. Resultats dels articles

Autor, Any, País	Títol	Tipus d'estudi i disseny	Resultats / Conclusions
Aznar, J. i Martínez M., Peris; 2019; Espanya	Gestational Surrogacy: Current View	Revisió bibliogràfica	Segons els autors, no és èticament acceptable la gestació subrogada perquè cosifica a la dona i això és incompatible amb la seva dignitat i els seus drets i no representa un avenç en els drets de les dones. A més, el nen també és cosificat i instrumentalitzat. Tenir fills no hauria de ser un dret perquè els converteix en un objecte per satisfer els desitjos de tercers (a més, el vincle mare-fill es trenca). Finalment, argumenten que la gestació subrogada altruista és una pràctica minoritària i que, per tant, hauria de ser il·legal tant un tipus de gestació subrogada com un altre.
Jouve de la Barreda, N.; 2017; Espanya	Perspectivas biomédicas de la maternidad subrogada	Estudi narratiu	L'autor creu que la maternitat subrogada no és una solució per al problema d'infertilitat. Això, juntament amb l'existència d'aquesta pràctica de manera altruista, s'utilitzen com a arguments a favor de la maternitat subrogada, però segons l'autor és tot un engany. S'identifica la mare gestant com una incubadora, el nen com un producte i la família com contractants. D'aquesta manera, la maternitat subrogada es considera una manera d'explotar i mercantilitzar la dona i actua contra la seva dignitat. Els autors destaquen els efectes negatius d'aquesta pràctica en el nen que té un futur incert a causa de la manca de regulacions en els contractes.
Bellver Capella, V.; 2017; Espanya	Tomarse en serio la maternidad subrogada altruista	Estudi narratiu	L'article analitza una proposta de regulació de maternitat subrogada altruista a Espanya i es compara amb la donació d'òrgans interns vius, és a dir, si és possible donar òrgans de manera altruista també és possible poder gestar. L'autor creu que aquests dos fenòmens no es poden comparar, ja que hi difereixen en molts aspectes i creu que la gestació subrogada causa molts problemes, com posar la mare gestant en situació d'exploació i li duplica llaços materno-filials al nen. S'hauria de dur a terme una regulació molt més àmplia per abordar tots aquests aspectes negatius.

Casciano, A.; 2018; Italia	La subrogación en la maternidad. Fenomenología de una interacción humana despersonalizadora	Revisió bibliogràfica	es important diferenciar entre maternitat i gestació, ja que gestar no implica que s'acabi sent la mare del nadó. Això porta a la cosificació de la dona, tractant-la com una eina per a la producció d'un bé. A més, es té en compte que la desigualtat (majoritàriament econòmica) esdevé la principal causa d'aquesta pràctica, i per això la dona gestant acaba sent la part més vulnerable. En cas que aquesta desigualtat desaparegués no suposaria una millora a l'hora de realitzar el contracte, ja que, cap dona seria partícip d'aquesta pràctica si no fos per un motiu econòmic. L'autor també indica que la capacitat reproductiva de la dona esdevé un eix de la seva pròpia dignitat. Per altra banda, il·legalitzar aquesta pràctica, i, per tant, no regularitzar-la amb unes normes ben delimitades, suposaria un major perill per a la dona gestant i per al nounat, ja que se'ls privaria de certs drets que no serien obligatoris en cas de portar a terme aquesta pràctica en la clandestinitat. Per acabar, l'autor tampoc contempla la gestació subrogada com una pràctica altruista, perquè s'estaria tornant a cosificar a la dona i a utilitzar-la com a una eina, i es podria perjudicar a la dona i l'infant en el sentit més emocional.
Piersanti et al.; 2021; Italia	Surrogacy and «Procreative Tourism». What Does the Future Hold from the Ethical and Legal Perspectives?	Revisió bibliogràfica	Els autors creuen que els riscos de la maternitat subrogada comercial s'han de reduir a partir d'una legislació comuna internacional i no a partir de legislacions a escala nacional, que només desemboquen en lluites partidistes dins del govern. Si es prohibeix la maternitat subrogada a un país, pot provocar que es pugui permetre en un altre per fer negoci, i moltes vegades de manera clandestina i sense regulacions, fet que pot perjudicar encara més a les mares gestants. A més a més, poden empitjorar les condicions econòmiques de les dones, ja que la gestació subrogada és considerada una sortida a la falta d'alternatives decents que tenen per a millorar aquesta situació, i no permetria que algun dels pares tingués els seus propis fills. Per tant, els autors no són partidaris de prohibir aquesta pràctica, pel simple fet que comportaria molts més riscos i, per tant, opten per una correcta regulació internacional amb una legislació global que garanteixi la dignitat, integritat i autodeterminació de les mares gestants i els drets i benestar dels nens.
Gunnarsson Payne, J., Korolczuk, E., Mezinska, S.; 2020; Suecia	Surrogacy relationships: a critical interpretative review	Revisió bibliogràfica	L'article conclou que la majoria de mares gestants no s'identifiquen com a mares, però ho fan per preservar la seva salut mental; desitgen mantenir un contacte amb els futurs pares i nens. Els autors suggereixen que es promoguin les relacions de les parts involucrades per un període més llarg del temps. A més, els intermediaris, com les agències que gestionen la gestació, haurien d'assumir una major responsabilitat ocupant-se de la gestió dels riscos mèdics i econòmics i millorar la qualitat dels aspectes relacionals en els acords durant més

			temps. Els autors conclouen que no hi ha una manera «neutra» de debatre la maternitat subrogada, ja que moltes controvèrsies van més enllà dels mateixos fets científics, com la cultura, la igualtat i equitat, la justícia, etc. D'aquesta manera, la subrogació s'ha d'abordar d'una manera més regulada amb un reconeixement dels intermediaris i les parts implicades (mare gestant i futurs pares) que inclogui els següents aspectes: la justícia relacional, el coneixement de les normes culturals i les desigualtats socioeconòmiques en el context local.
Blazier, J., Janssens, R.; 2020; Holanda	Regulating the international surrogacy market: the ethics of commercial surrogacy in the Netherlands and India	Revisió bibliogràfica	Segons els autors, la gestació subrogada necessita estar regulada com una forma legítima de treball que abordi els problemes ètics d'aquesta, com l' explotació i mercantilització de les gestants. Els autors descriuen l' explotació com un problema d'una societat desigual i no un problema exclusiu de la subrogació, per tant, prohibir-la encara empitjoraria la situació de les dones i no reduiria la seva pobresa, en conseqüència, la solució exigeix reduir la desigualtat. A més, afirmen que la subrogació comercial pot ser beneficiosa, augmentant autonomia reproductiva dels futurs pares i permetent a les mares gestants decidir què fer amb el seu propi cos. Els interessos de les mares gestants han d'estar protegits per un organisme independent i la remuneració s'ha d'efectuar a través del mecanisme de Comerç Just. D'aquesta manera, les mares gestants haurien d'acordar i negociar un salari de manera lliure i que sigui just per a la seva regió i equivalent al salari real de les gestants de l'oest, evitant així el pagament insuficient.
Fрати, P. et al; 2020; Italia	Bioethical issues and legal frameworks of surrogacy: A global perspective about the right to health and dignity	Revisió bibliogràfica	Segons els autors, la maternitat subrogada no pot considerar-se immoral o il·legítima, ja que aquesta es pot dur a terme de manera altruista. Així mateix, l' explotació de dones és un problema indiscutible en contra de la subrogació comercial. Els autors són partidaris d'establir una regulació internacional com a guia per als diferents governs i que eviti que les mares gestants viatgin més enllà de les fronteres amb l'únic objectiu d'obtenir un benefici econòmic. A més, aquesta regulació hauria de disminuir els interessos econòmics envers el turisme reproductiu per tal de protegir els drets de les dones gestants.
Igareda González, N.; 2018;	La gestación por sustitución: una oportunidad para repensar la filiación y	Revisió bibliogràfica	L'article menciona que la gestació subrogada hauria d'estar regulada amb una llei diferent de la de les tècniques de reproducció humana assistida, que inclogui els requisits per a ser gestant i pares d'intenció. A més, ha d'incloure l'organisme encarregat de supervisar el procés. L'autor defineix la maternitat subrogada com un acord reproductiu que s'efectua de manera col·laborativa i que no requereix el vincle genètic per part d'algun dels pares. En cas que

	la reproducció humana		aquesta es realitzi de manera altruista no eximeix que hi hagi una compensació econòmica per les despeses derivades de l'embaràs. D'aquesta manera, l'acord haurà de respectar els drets de la mare gestant, que podrà decidir sobre el seu propi cos en tot moment.
Zandi, M. et al; 2016; Japó	Security giving in surrogacy motherhood process as a caring model for commissioning mothers: A theory synthesis	Estudi narratiu	Després d'haver realitzat una revisió de diferents estudis, els resultats s'han presentat en forma de proposta de model, el model de donació de seguretat a la maternitat subrogada (SGSM). La seguretat, segons aquest model significa que s'ha de donar les condicions les quals les mares gestants puguin sentir-se segures en el procés. L'objectiu d'infermeria en aquest model és donar seguretat tant a la mare gestant com als pares comitents. El rol de les infermeres es basa en la coordinació entre les parts, la participació i la seguretat. Per a poder implementar aquest model seria necessari formar a les infermeres de manera especialitzada i treballar de forma multidisciplinària i en equip amb els diferents professionals implicats. També es parla de les limitacions que tindria aplicar-ho en els diferents països, ja que les preocupacions de les mares gestants no són iguals a tots els llocs i amb aquest model no es podrien abordar totes les deficiències perquè es requereixen més estudi i investigació.
Joseph, R. A. et al; 2018; Estats Units	Surrogacy: Pathway to Parenthood	Estudi narratiu	Un rol infermer en l'atenció a la maternitat subrogada és aportar diferents alternatives per a la lactància materna com que la mare gestant doni la seva llet pel nen, que els futurs pares utilitzin la llet obtinguda d'un banc de llet o donar-li llet de fórmula. Les infermeres de la UCIN tenen problemes a l'hora de cuidar al nadó i identificar el responsable legal per a la presa de decisions sobre la salut d'aquest. És important que les infermeres s'informin del contracte de subrogació i col·laborin amb un equip multidisciplinari i els centres de salut han de disposar de protocols per a infermeres en el procés de subrogació. Per tant, educació i normes clares per a les infermeres de neonatologia les ajudaran a identificar correctament les persones que han de donar el consentiment en relació amb la presa de decisions del nadó i proporcionar una atenció de qualitat a tots els membres que formen part del procés, especialment als nadons.

DISCUSSIÓ

Aspectes ètics i pragmàtics

La maternitat subrogada actualment és un tema de controvèrsia que genera opinions polaritzades dins de la societat. Després de la cerca, selecció i comparació dels articles i la informació actualitzada sobre el tema, s'ha pogut observar que els diversos autors exposen múltiples visions, diferint cada un d'ells en la seva visió de la pràctica i la seva legalització o no.

Per una banda, alguns autors es posicionen en contra de la gestació subrogada i de la seva regularització. Es parteix de la premissa principal que la gestació subrogada no és èticament acceptable perquè cosifica, mercantilitza i tracta com un objecte a la dona gestant. Segons els autors, això és incompatible amb la dignitat de les dones i els seus drets. Així mateix, addueixen que aquesta pràctica no representa un avenç pel que fa als drets de les dones. A més a més, postulen que se sol establir una relació de poder entre dones econòmicament dèbils i individus o parelles «contractants» amb un poder adquisitiu més elevat. Cal esmentar que els processos de selecció de dones gestants vulnera els seus drets, ja que s'exigeixen requisits molt estrictes a nivell físic, psicològic i social amb el fi de garantir un correcte desenvolupament de l'embaràs i del fetus. Derivat d'això, els autors parlen del trencament del vincle que s'estableix entre mare i fill durant l'embaràs, ocasionant trastorns físics i psicològics traumàtics, independentment de que la pràctica sigui comercial o altruista. Per consegüent, en els articles s'al·lega que el nen també és cosificat i instrumentalitzat, esdevenint aquest un «producte», resultant d'un «contracte de subrogació». Finalment, conclouen que la maternitat subrogada no és una solució pels problemes d'infertilitat, ja que el nen esdevé un objecte per satisfer els desitjos de tercers, ja que consideren que ser pares no és un dret (Aznar y Martínez Peris, 2019; Casciano, 2018). En ambdós articles la maternitat subrogada és tractada des d'un punt de vista bioètic, no portant-la a la pràctica ni contemplant quines problemàtiques sorgirien de la seva il·legalització. No obstant això, aquesta visió més pràctica s'ha pogut observar en altres articles que estan en contra èticament, però a favor de la seva regularització. Per entendre aquesta mirada, alguns autors expliquen que la gestació subrogada, des d'un punt de vista ètic, comporta una explotació de la dona i la cosifica, tractant-la com una eina per produir un bé (en gestar un nen per un tercer). D'altra banda,

afirmen que sempre existeix una desigualtat a escala econòmica que porta a les dones a dur a terme aquest procés de subrogació. És per això que no contemplen la gestació subrogada com una pràctica altruista perquè per ells cap dona gestaria un nadó si no fos per necessitat econòmica subjacent. De la mateixa manera, es defensa que la capacitat reproductiva és un dels eixos de la dignitat de la dona i es compara amb altres tècniques de reproducció assistida com la donació de gàmetes. Després de l'anàlisi es conclou que no es poden comparar ambdós processos, ja que la gestació subrogada pot ocasionar molts problemes en la mare gestant en contrast amb la donació d'òrgans interns (Casciano, 2018; Bellver Capella, 2017). Tots dos convergeixen en la idea que, tot i que la gestació subrogada és èticament incorrecta, s'hauria de regular per evitar que es faci igualment en situacions de clandestinitat, perquè prohibir-la suposaria un perill molt més gran per la dona gestant i el nadó, de manera que, regulant-la, es podrien tractar i abordar tots els aspectes negatius de la pràctica (Casciano, 2018; Bellver Capella, 2017). En relació amb això, un dels autors exposa la necessitat de regular la maternitat subrogada a nivell internacional, ja que la il·legalitat en un país (és a dir, a nivell nacional) promou el turisme reproductiu i que la maternitat subrogada es converteixi en un negoci en països on sí és legal. Per tant, es continuarien produint situacions de risc i de desigualtat per una manca de regulació que protegeixi a les dones que prenen la decisió de realitzar un procés de gestació subrogada (Piersanti et al., 2021).

D'altra banda, altres autors al·leguen per la premissa principal de regular a nivell internacional el procés de maternitat subrogada amb la finalitat d'evitar l'explotació de les dones gestants i disminuir les desigualtats socioeconòmiques que en la majoria de casos poden conduir a realitzar aquesta pràctica (Igareda, 2018; Gunnarsson Payne, Korolczuk y Mezinska, 2020; Blazier y Janssens 2020; Frati et al., 2021). A més a més, es discuteix sobre la importància d'un organisme jurídic que s'encarregui de regularitzar aquest procés posant èmfasi en les agències intermediàries entre ambdues parts (dona gestant i pares d'intenció) i els requisits que s'han de complir per tal d'assegurar la legitimitat del procés de gestació subrogada. Aquests organismes també s'haurien d'encarregar de garantir el benestar físic i mental de la dona gestant. D'aquesta manera, s'evitarien situacions de frau i explotació, que suposen un perjudici per la dona gestant (Igareda, 2018; Gunnarsson Payne, Korolczuk y Mezinska, 2020; Blazier y Janssens, 2020; Frati et al. 2021). Així mateix, es defensa la idea de l'autonomia de la dona dins del seu procés de gestació subrogada en el qual exerceix el control sobre el seu cos i té el

poder de decisió. Aleshores, s'asseguraria la llibertat i els drets fonamentals de la dona la qual donaria el consentiment en tot el procediment (Igareda, 2018; Blazier y Janssens, 2020).

Segons l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona, existeix una evidència clara que mostri que la prohibició d'aquesta pràctica no impedeix que es realitzi. A més, el fet de no regular-la potencia els abusos i les violacions dels drets de les dones que ho fan per necessitats econòmiques, ja que ho faran igualment en situacions de clandestinitat. El fet que no existeix-hi un control d'aquesta pràctica pressuposa la creació d'un mercat negre on les organitzacions es beneficien de la situació tan vulnerable de les dones que decideixen fer un procés de gestació subrogada. A més, es qüestiona l'explotació de la dona com argument, ja que va en contra del dret de les dones a l'autodeterminació i el fet de poder prendre una decisió racional respecte el seu propi cos. Malgrat això, es reconeix que aquesta explotació pot existir, sobretot si no està regulada legalment, i que, per tant, la regulació afavoriria l'eliminació d'aquesta explotació, ja que s'establirien uns requisits i unes condicions que controlarien la situació (Lamm, 2013).

Rol infermer

Un dels aspectes rellevants que es veu reflectit segons alguns autors és la existència d'un model anomenat Security Giving in Surrogacy Motherhood (SGSM), que proporciona i defineix el rol infermer dins del procés de gestació subrogada i que té com a objectiu principal garantir la seguretat de les parts involucrades. Aquest model es fonamenta en tres conceptes: la coordinació entre l'equip assistencial, la mare gestant i els pares comitents, la participació activa de tots ells en el procés, i per últim la seguretat de l'entorn. No obstant això, per tal de poder implementar aquest model és necessari contemplar les peculiaritats de cada població i del seu entorn (Zandi et al., 2016). Així mateix, i d'acord amb altres autors és rellevant que les infermeres i l'equip interdisciplinari estiguin formats respecte a la maternitat subrogada, per tal de garantir una atenció especialitzada, individualitzada i de qualitat (Joseph et al., 2018).

CONCLUSIONS

Des d'un punt de vista ètic, la maternitat subrogada es considera en moltes situacions un contracte en el qual el nadó esdevé un producte i, per tant, s'acaba cosificant a la mare gestant. Aquestes situacions, la majoria de vegades, són el resultat d'una desigualtat

socioeconòmica que porta a la dona a realitzar aquest tipus de pràctica i de forma subjacent s'estableixen relacions de poder entre els pares comitents i la mare gestant.

Des d'un punt de vista pragmàtic, s'entén que la maternitat subrogada es tracta d'un problema internacional de difícil regularització des d'un àmbit local. La prohibició a escala nacional afavoreix el turisme reproductiu, la creació de negocis, la seva pràctica clandestina i que, per tant, es continuï explotant a dones que es troben en situacions de vulnerabilitat i en condicions socioeconòmiques desfavorables, tot afectant la seva integritat física i mental.

La regularització de la maternitat subrogada s'hauria de fer de manera global perquè s'estableixin les mateixes condicions en cada país, amb l'existència d'un organisme jurídic internacional encarregat d'establir i controlar unes condicions de base per portar a terme la gestació subrogada.

Tenint això en compte, la prohibició de la maternitat subrogada és una utopia, ja que la seva il·legalització és poc viable, perquè el fet de prohibir no impedeix que la pràctica es realitzi. A més, no s'hauria de reduir el procés de gestació subrogada a un contracte, ja que és més que això, és una vivència. En el cas que s'arribés a legalitzar, s'haurien de crear protocols i formar a tot l'equip interdisciplinari per tal de saber actuar en tot moment i oferir una atenció integral i de qualitat a tots els agents implicats.

Al llarg d'aquest treball s'han trobat algunes limitacions d'entre les quals destaquen: la manca d'informació sobre el rol infermer en la maternitat subrogada, l'àmplia informació i subtemes que tracta la maternitat subrogada, i per últim, la falta de bibliografia en referència a la maternitat subrogada en països subdesenvolupats.

Com a futures línies de cerca, seria convenient determinar estudis o crear programes de formació dirigits al desenvolupament professional dels infermers/infermeres de manera transversal sobre la gestació subrogada.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- AMERICAN SURROGACY. What is it Like to Be a Surrogate Mother? [en línea]. En: *American Surrogacy*. [Consulta: 23 octubre 2022]. Disponible en: www.americansurrogacy.com/surrogate/what-is-it-like-to-be-a-surrogate-mother
- ASOCIACIÓN NACIONAL DE INFORMADORES DE LA SALUD. *La gestión óptima de la maternidad subrogada, pasa por que Seguridad Social cubra los costes* [en línea]. [Consulta: 23 octubre 2022]. Disponible en: www.anisalud.com/actualidad/notas-de-prensa-anis/4399-la-gesti%C3%B3n-%C3%B3ptima-de-la-maternidad-subrogada,-pasa-por-que-seguridad-social-cubra-los-costes
- AZNAR, J.; MARTÍNEZ PERIS, M. Gestational Surrogacy: Current View. En: *Linacre Quarterly*. 2019, vol. 86, núm. 1, pp. 56-67.
- BELLVER CAPELLA, V. Tomarse en serio la maternidad subrogada altruista. En: *Cuadernos de Bioética*. 2017, vol. 28, núm. 2, pp. 229-243.
- BLAZIER, J.; JANSSENS, R. Regulating the international surrogacy market: the ethics of commercial surrogacy in the Netherlands and India. En: *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2020, vol. 23, núm. 4, pp. 621-630.
- CASCIANO, A. La subrogación en la maternidad. Fenomenología de una interacción humana despersonalizadora. En: *Cuadernos de Bioética*. 2018, vol. 29, núm. 95.
- CEREZO, M. Ucrania: parte más oscura del negocio de la gestación subrogada. [en línea]. [consulta: 23 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210928/cientos-bebes-gestados-madres-alquiler-ucranianas-esperaron-atrapados-pandemia-padres-fueran-recogerlos/2130481.shtml>
- DEL BURGO, P., 2015. «El vientre de alquiler es una explotación de la mujer y una venta de niños». En: *Levante-emv* [en línea]. [Consulta: 19 octubre 2022]. Disponible en: www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/09/05/vientre-alquiler-explotacion-mujer-venta-12539130.html
- EFE. BARCELONA. Unas 800 parejas españolas contratan cada año vientres de alquiler en el extranjero. *EL MUNDO* [en línea]. 2014. [Consulta: 23 octubre 2022]. Disponible en: www.elmundo.es/espana/2014/05/01/5362240a268e3e8d1b8b456f.html
- ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Cross-border reproductive care: an Ethics Committee opinion [en línea]. 2022. [Consulta: 23 octubre 2022].
- FRATI, P., et al. Bioethical issues and legal frameworks of surrogacy: A global perspective about the right to health and dignity. En: *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2021, vol. 258, pp. 1-8.
- GATINOIS, C., 2020. En Ukraine, le côté obscur de la GPA. En: *Le Monde* [en línea]. [Consulta: 23 octubre 2022]. Disponible en:

www.lemonde.fr/international/article/2020/07/02/en-ukraine-le-cote-obscur-de-la-gpa_6044887_3210.html

- GOBIERNO DE ESPAÑA. *Ley 14/2006, de 26 de mayo, Sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida*. 2006.
- GUNNARSSON PAYNE, J.; KOROLCZUK, E.; MEZINSKA, S. Surrogacy relationships: a critical interpretative review. En: *Uppsala Journal of Medical Sciences*. 2020, vol. 125, no. 2, pp. 183-191.
- IGAREDA, N. La gestación por sustitución: una oportunidad para repensar la filiación y la reproducción humana. En: *Rev. Bioética y Derecho*. 2018, vol. 44, pp. 57-72
- JADVA, V., et al. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. En: *Human Reproduction*. 2003, vol. 18, núm. 10, pp. 2196-2204.
- JOSEPH, R. A., et al. Surrogacy: Pathway to Parenthood. En: *Neonatal Network*. 2018, vol. 37, núm. 1, pp. 19-23.
- LAMM, E. *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*. Universitat de Barcelona, Observatori de Bioètica y Dret, 2013. Disponible en: www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/libro_gestacion_por_sustitucion.pdf
- MARCELA CÁCERES, L. *Maternidad subrogada: Regulación en algunos países donde está permitida*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2019. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27524/2/BCN_Maternidad_subrogada_algunos_paises_donde_esta_permitida.pdf
- PANDEY, G., 2016. India surrogate mothers talk of pain of giving up baby. En: *BBC News* [en línea]. [Consulta: 23 octubre 2022]. Disponible en: www.bbc.com/news/world-asia-india-37050249
- PENNINGS, G. Reproductive tourism as moral pluralism in motion. En: *Journal of Medical Ethics*. 2002, vol. 28, núm. 6, pp. 337-341.
- PERAITA, L. Vientres de alquiler, una práctica ilegal en España con ciertas contradicciones. En: *ABC* [en línea]. 2016. [Consulta: 19 octubre 2022]. Disponible en: www.abc.es/familia/parejas/abci-vientres-alquiler-practica-ilegal-espana-ciertas-contradicciones-201611291531_noticia.html
- PIERSANTI, V., et al. Surrogacy and «procreative tourism». What does the future hold from the ethical and legal perspectives? En: *Medicina*. 2021, vol. 57, no 1, p. 47.
- XIMÉNEZ DE SANDOVAL, P.. Por qué California es la meca de la gestación subrogada. En: *El País* [en línea]. 2017. [Consulta: 23 octubre 2022]. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2017/02/23/actualidad/1487854048_748059.html
- ZANDI, M., et al. Security giving in surrogacy motherhood process as a caring model for commissioning mothers: A theory synthesis. En: *Japan Journal of Nursing Science*. 2016, vol. 13, núm. 3, pp. 331-344.

DIÁLOGOS SANADORES EN LA SUBALTERNIDAD: EL VÍNCULO CANINO- HUMANO Y SUS CONSECUENCIAS PSICOEMOCIONALES EN SITUACIONES DE VIOLENCIA MACHISTA

Diàlegs sanadors en la subalternitat: el vincle caní-humà i les seves conseqüències psicoemocionals en situacions de violència masclista

Healing Dialogues in Subalternity: The Canine-Human Bond and its Psycho-Emotional Consequences in Situations of Male Violence

Jose C. Sancho Ezquerra¹

Correo electrónico: jsancho86@alumno.uned.es

1. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). (Madrid, España)

Recibido: 12 junio 2022 Aceptado: 03 noviembre 2022



RESUMEN

OBJETIVO. Esta investigación busca delimitar las capacidades psicoemocionales del vínculo canino-humano en situaciones de violencia machista, estableciendo una base relacional sobre la que puedan trabajar futuras investigaciones. **MATERIAL Y MÉTODO.** Para alcanzar los objetivos se utiliza parte de una investigación etnográfica más amplia que recoge testimonios generales sobre la vinculación entre ambas especies, utilizando en este caso fragmentos de las entrevistas en profundidad realizadas, que ocupan un lugar central tanto en esta investigación como en el proyecto general del que surgen. **RESULTADOS.** A lo largo de este trabajo se recogen los testimonios acerca del universo emocional compartido con el perro, destacando los situados en un contexto de violencia de género, para así analizar estos relatos con respecto a los imaginarios culturales en los que se desarrollan las relaciones de poder desigual basadas en la diferencia sexual. **CONCLUSIONES.** Este análisis permitirá ver cómo la subalternidad de ambas partes confluye y dialoga, generando espacios de intimidad y confianza altamente valorados por ambas especies, en concreto por la mujer, que adquiere el apoyo emocional de otro ser vivo, permitiéndole establecer lazos afectivos genuinos y reconfortantes. La importancia de este vínculo determinará cómo se viven situaciones de agresión machista en las que tanto el perro como la mujer son maltratados, así como la toma de decisiones en las oportunidades de alejamiento, condicionadas por el universo emocional compartido con el perro.

Palabras clave: violencia de género; relaciones de poder; subalternidad; perros; interespecie

RESUM

OBJECTIU. Aquesta recerca busca delimitar les capacitats psicoemocionals del vincle caní-humà en situacions de violència masculista, establint una base relacional sobre la qual puguin treballar futures recerques. **MATERIAL I MÈTODE.** Per a aconseguir els objectius s'utilitza part d'una recerca etnogràfica més àmplia que recull testimoniatges generals sobre la vinculació entre totes dues espècies, utilitzant en aquest cas fragments de les entrevistes en profunditat realitzades, que ocupen un lloc central tant en aquesta recerca com en el projecte general del qual sorgeixen. **RESULTATS.** Al llarg d'aquest treball es recullen els testimoniatges sobre l'univers emocional compartit amb el gos, destacant els situats en un context de violència de gènere, per a així analitzar aquests relats respecte als imaginaris culturals en els quals es desenvolupen les relacions de poder desigual basades en la diferència sexual. **CONCLUSIONS.** Aquesta anàlisi permetrà veure com la subalternidad de totes dues parts conflueix i dialoga, generant espais d'intimitat i confiança altament valorats per totes dues espècies, en concret per la dona, que adquireix el suport emocional d'un altre ésser viu, permetent-li establir llaços afectius genuïns i reconfortants. La importància d'aquest vincle determinarà com es viuen situacions d'agressió masculista en les quals tant el gos com la dona són maltractats, així com la presa de decisions en les oportunitats d'allunyament, condicionades per l'univers emocional compartit amb el gos.

Paraules clau: violència de gènere, relacions de poder, subalternitat, gossos, interespecie

ABSTRACT

OBJECTIVE. This research aims to delimit the psychoemocional capacities of the dog-human bond in situations of sexist violence, establishing a relational basis on which future research can work. **MATERIALS AND METHOD.** To achieve these objectives, I use part of a broader ethnographic research that collects general testimonies about the link between both species, using in this particular case fragments of the in-depth interviews carried out, which occupy a central place both in this research and in the general Project from which they arise. **RESULTS.** I analyzed the informants' testimonies about the emotional lives shared with the dog, highlighting the ones in sexist aggression context, so we can compare them with the cultural and symbolic structure where the unequal power relations are generated. **CONCLUSIONS.** Using this analysis we will be able to see how the subalternity of both parts merge and dialogue, generating intimacy spaces highly valued by both species, particularly the woman gets emotional support from another being, allowing her to make affective bonds. This emotional bond will determine how woman and dog live under violence situations.

Keywords: Gender Violence; Power Relations; Subalternity; Dogs; Interspecies

INTRODUCCIÓN

Prácticamente en todas las sociedades humanas conocidas existen y han existido diferentes roles y estatus en función del género de los individuos. En Occidente se ha mantenido una invisibilización de la mujer a favor del hombre generando comunidades altamente androcentristas que han buscado a lo largo de la historia la dominación simbólica y material de la mujer. Esta problemática estructural tiene, como veremos, consecuencias relacionales a nivel micro, reproduciendo relaciones de poder desiguales que *des*-estabilizan las interacciones cotidianas.

En estas dinámicas, estigmatizadas en la opinión pública pero normalizadas en la cotidianidad, suelen aparecer otros elementos más allá del binomio agresor-víctima, como son los hijos, mascotas u otros familiares. Estas figuras entran en las dinámicas de violencia y relaciones de poder, normalmente como víctimas o herramientas de castigo hacia la víctima. El perro, en concreto, como veremos en las próximas páginas, juega un papel fundamental en estas dinámicas. En primer lugar, como víctima colateral de la agresión hacia la mujer, recibiendo abusos y maltrato con el fin de dañarla o chantajearla. Pero también el perro acaba siendo un apoyo emocional indispensable para la víctima, debido al estrecho vínculo tejido entre ambos.

A lo largo de este trabajo analizaremos el vínculo canino-humano que se establece entre ambas especies, poniéndolo en diálogo con situaciones de violencia machista. Las estructuras de dominación y control patriarcal afectan a ambas especies lo que lleva, como veremos gracias a las referencias y relatos etnográficos, a una complicidad entre ambas, generando una red de afecto empoderante que determina las dinámicas sociales en torno a la violencia machista y sus consecuencias.

Relaciones de dominación

Los imaginarios simbólicos occidentales suelen construirse y reproducirse en base a binomios diferenciadores: naturaleza/cultura, humano/animal, masculino/femenino, derecha/izquierda, norte/sur . Al definir la esencia de estas categorías en base a su confrontación estas diferencias se naturalizan, normalizándolas e integrándolas en las cosmovisiones (Bourdieu, 2000). De esta manera la división sexual es normalizada y naturalizada, estrechamente asociada a los componentes biológicos, lo que refuerza la acentuación de la diferencia. Si a esta distinción le sumamos el fuerte carácter androcéntrico de los imaginarios occidentales, lo masculino se convierte en la norma

(Bourdieu, 2000) mientras que, como ya decía Simone de Beauvoir, lo femenino acaba siendo construido como la alteridad frente a lo masculino (2021).

El patriarcado, es decir, la dominación estructural, material y simbólica del género masculino sobre el femenino, se asienta en este androcentrismo al establecerlo como normativo e imbuirlo de esta forma de un poder natural, basándose entre otras cosas en los órganos y el acto sexuales (Bourdieu, 2000). El falocentrismo y la obsesión sexual casi patológica que demuestran los grupos de pares masculinos refuerza no solo la división sexual sino también la dominación sobre la mujer, considerando estos elementos como formas de control sobre el cuerpo de la mujer. Esta dominación que parece tan física y tangible se descubre como una parte de la violencia simbólica ejercida hacia las mujeres. La dominación y violencia simbólica se normaliza a través de la adhesión de los preceptos androcéntricos y de diferenciación sexual al imaginario cultural (Bourdieu, 2000). Lo que nos interesa aquí no sería tanto esta dominación estructural de las categorías simbólicas, sino más bien sus consecuencias sobre los entornos cotidianos y privados, en las dinámicas familiares a pequeña escala.

Es en los espacios de intimidad donde esta dominación simbólica se hace patente y física, ilustrando la necesidad del maltratador de asegurar su control masculino sobre la mujer, buscando establecer las relaciones de poder androcéntricas a través de la fuerza (Westlund, 1999). Estas dinámicas de apropiación de la legitimidad sobre el cuerpo y la vida de la mujer se basan en la violencia física y la manipulación emocional, con el objetivo de mantener el *status quo* que el imaginario simbólico androcentrista impone como normativo.

En la mayoría de los casos la mujer maltratada se encuentra en una situación de exclusión social, ya sea porque sus circunstancias personales y económicas la obligan a mantenerse cerca del maltratador o bien porque este limita y controla sus interacciones sociales, aislándola de sus círculos de afinidad y apoyo (Damonti y Amigot, 2020). El perro en concreto, así como otros animales no humanos, mantienen una relación con la víctima a nivel social y emocional, lo que los sitúan en el centro del universo relacional y psicoafectivo de la víctima. Esta centralidad del perro es la misma que lo convierte en objetivo del maltratador, quien, consciente de la importancia del perro para la víctima, lo maltrata y agrede para provocar dolor a la mujer.

Perro y violencia machista

De manera similar a cómo las estructuras socioculturales mantienen ciertos parámetros de dominancia androcéntrica sobre las mujeres en Occidente, aparece la figura del perro, un mamífero doméstico muy relacionado con el ser humano y que recibe un estatus de subordinación en base a su especie.

Existe una relación de poder asentada en las propias estructuras sociales de Occidente (en concreto España) que separa y jerarquiza a los animales no humanos, situándolos en una posición subalterna, primero como propiedad, y luego como ser cuyo valor está basado en la satisfacción de una necesidad, ya sea material, psicológica o emocional.

Es precisamente en estas relaciones de poder en las que merece la pena detenerse para entender la situación del perro en las familias humanas. Los núcleos de parentesco humanos mantienen constantemente relaciones de poder que determinan el rol y el estatus de sus miembros (Fox, 2006; Macionis y Plummer, 2008), por lo que cuando un animal no humano entra en estas dinámicas no solo es afectado por las relaciones de poder ya existentes, sino que pasa a formar parte de ellas, reconfigurándolas y reestructurándolas con su llegada para luego generar nuevas relaciones de poder que incluyen al animal no humano, relegado a una posición subalterna en la jerarquía familiar (Power, 2008).

Estas dos subalternidades confluyen en los ámbitos domésticos en los que conviven ambas especies: la mujer humana y el perro. Ambas acaban participando involuntariamente en relaciones de poder desigual dentro y fuera del entorno de convivencia, respondiendo a estructuras socioculturales generales que desembocan en violencias concretas.

Mientras tanto, el maltratador suele utilizar al perro para hacer daño a su víctima (Caravaca-Llamas y Sáez-Olmos, 2022), ya sea dañando físicamente al perro, encerrándolo, impidiendo que la víctima pueda verlo o incluso matándolo (Walsh, 2009). El hecho de que el perro sea, como ya hemos dicho, extremadamente dependiente del humano, lo hace mucho más vulnerable a este tipo de violencia (Irvine y Cilia, 2017). Como las víctimas suelen estar emocionalmente conectadas al animal no humano (Walsh, 2009) el maltratador utiliza esa relación enfocando su violencia sobre este, para intimidar, coaccionar y dañar a la víctima.

La agresión hacia los animales no humanos de la familia es extremadamente común en las dinámicas de violencia de género (Caravaca-Llamas y Sáez-Olmos, 2022), lo que

indica que la subalternidad del perro está presente y es considerada por el maltratador, así como el vínculo socioemocional entre el perro y la víctima. Aparecen, por tanto, dos subalternidades diferenciadas dentro de las dinámicas de violencia de género: la subalternidad de la mujer basada en las estructuras simbólicas y materiales que predominan en Occidente, así como en sus propias carencias sociales o económicas, por un lado, mientras que por otro aparece la subalternidad canina, basada en su carácter animal y su doble dependencia del núcleo familiar.

La pregunta que surge llegados a este punto, objetivo principal de este trabajo, sería cómo se construye la relación entre mujer y perro dentro de la intimidad cotidiana, lo que, como veremos en el siguiente apartado, nos permitirá destacar relatos referidos a situaciones de violencia de género, subrayando la interrelación de estas dos subalternidades, tanto en su construcción como en sus consecuencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y encuadre

El material aquí presentado se sitúa dentro de una investigación etnográfica de ámbito más general realizada entre 2017 y 2022 con respecto al vínculo experimentado entre humanos y perros en su convivencia cotidiana. Este estudio mayor del que surge el presente artículo busca abarcar de manera holística el vínculo generado entre ambas especies, abordando aspectos como la historia compartida e imaginada, o el estatus adscrito al perro dentro del núcleo familiar. Durante el desarrollo de aquella investigación fueron surgiendo inquietudes con respecto a las situaciones de crisis o violencia dentro del hogar, lo que invitó a incluir, como veremos a continuación, preguntas referidas a estos temas dentro de las entrevistas.

La metodología cualitativa basada en la etnografía constó tanto de observación participante y la elaboración de un diario de campo con respecto a binomios humano-animales o grupos paseantes en espacios públicos como de un diario autoetnográfico que permitió reflejar las experiencias propias y ajenas. Sin embargo, lo que más destacó, siendo el elemento fundamental de recolección de datos a lo largo de los cinco años de investigación, fue la realización de 30 entrevistas en profundidad, que permitieron incidir en aspectos íntimos y emocionales de la experiencia compartida en la convivencia con perros. De ahí que este trabajo en concreto se base exclusivamente en los datos obtenidos

en las entrevistas, aunque no se pierda de vista en ningún momento la imagen global que se obtuvo del resto de metodologías cualitativas.

Recogida de datos

Las entrevistas fueron diseñadas y concretadas durante los tres primeros años de investigación, y fueron sufriendo varios cambios, como hemos mencionado, para adaptarse a las exigencias de la investigación. El que se expone a continuación (Figura 1) es el último modelo que se imprimió para usarlo en las entrevistas en profundidad. En esta muestra, por un lado y para facilitar su lectura, se han resumido los apartados del guion que no tuvieran que ver con el tema del presente trabajo. Por otro lado, se han subrayado las preguntas que acabaron dando más respuestas de intimidad, y sobre las que se basa este artículo.

El diseño de las entrevistas se configuró para abordar los aspectos esenciales de la convivencia con perros: el inicio de la relación, la intimidad cotidiana, los paseos, las responsabilidades y el afecto, así como la alteridad del maltrato y el estatus social del perro en el imaginario cultural. Se buscaba con este diseño alcanzar cada una de las caras del prisma relacional en el que se sumergen ambas especies. Concretamente, dentro de los apartados referidos al afecto, la responsabilidad y el maltrato, surgieron momentos y discursos de intimidad compartida con el perro que se alejaban de otros aspectos del resto de la entrevista, y el carácter intenso e íntimo de las consecuencias psicoemocionales de la relación exigió la elaboración de un trabajo paralelo dedicado a la intimidad compartida entre especies y sus consecuencias en ámbitos de violencia machista.

Figura 1. Guion de entrevista

Presentación

[Datos personales y demográficos de humanos y perros]

Cotidianidad con los perros

[Comportamiento y reglas cotidianas de ambas especies en su convivencia diaria]

Paseos con los perros

[Modo de realización de paseos, uso del espacio público y eventualidades sociales compartidas]

En cuanto al cariño

1. Cuéntame a grandes rasgos los sentimientos que experimentas en el día a día por tus perros. ¿Han cambiado con el paso del tiempo?
2. ¿Dirías que esos sentimientos son recíprocos? ¿En qué te basas para afirmarlo/negarlo?
3. ¿El sentimiento hacia los perros varía según la persona? ¿Por qué? ¿Cómo lo hace?
4. ¿Les hablas? ¿Qué les sueles decir?
5. ¿Les corriges/premias con asiduidad? ¿De qué manera?
6. Háblame del carácter de tus perros, ¿en qué situaciones sueles identificarlo?
7. Comenta tus principales preocupaciones en cuanto a tus perros.
8. Para ti, ¿qué hace a tus perros diferentes del resto de perros del mundo?
9. ¿Qué te aportan los perros a lo largo del día? ¿Ha sido así siempre?
10. ¿Cuánto esfuerzo te supone a todos los niveles el tener perros? ¿Crees que a todas las personas les supone el mismo?
11. ¿De qué manera valoras, haciendo un balance de lo positivo y negativo, el tener perros? ¿Qué tipo de experiencia dirías que es el convivir con perros?
12. ¿Crees que todas las personas experimentan esta relación de la misma manera? ¿Qué influye en el cambio de una u otra persona?
13. ¿Ocupan algún lugar dentro de tu hogar? ¿Cuál? Explicame en qué consiste.
14. ¿Y fuera del hogar, en la calle? ¿Crees que los paseos con tus perros afectan a tu vida? ¿De qué manera?

Responsabilidad

1. ¿Sueles recoger las deposiciones de tus perros? ¿Por qué?
2. ¿Cómo crees que se comporta la gente en general en cuanto a este tema? ¿Qué opinas de ello?
3. ¿Cada cuánto tiempo vais al veterinario? ¿Cuándo fue la última vez que fuisteis? ¿Por qué motivo?
4. Cuéntame un poco tu experiencia en las clínicas veterinarias.
5. ¿Cómo definirías a un perro “bien cuidado”? ¿Ha habido algún momento en el que pensaras que no cuidabas bien a tu perro?
6. A nivel general, ¿dirías que los perros del barrio están bien cuidados? ¿Y los de la ciudad? ¿Por qué?
7. ¿Crees que existen diferencias entre perros adoptados y comprados? ¿Por qué? ¿Cuáles serían?
8. ¿Qué significa para ti la compra-venta de perros? ¿Y la de animales en general?
9. ¿Sabes lo que son los criaderos de perros? ¿Conoces a alguien que haya acudido a alguno? Cuéntame tu experiencia/opinión sobre criaderos de perros.
10. ¿Tus perros están esterilizados? ¿Qué opinas de la esterilización de los perros?

Maltrato

1. ¿Qué consideras como “maltrato animal”?
2. ¿Has visto alguna vez un perro que calificarías en situación de maltrato? ¿Cómo lo identificaste?
3. ¿Qué razones puede tener una persona para maltratar a un perro u otro animal doméstico?
4. ¿Sabes qué son las peleas clandestinas de perros? ¿Conoces a alguien que haya estado en una? ¿O algún perro que haya salido de una? Cuéntame tu opinión sobre estas peleas.
5. ¿Conoces a alguna persona que haya abandonado a un animal? ¿Sabes por qué lo hizo?
6. ¿Cómo crees que influyen los perros en situaciones de maltrato entre humanos?
7. ¿Sabes de alguna mujer cuyo perro la haya ayudado en una situación parecida? ¿De qué manera?

Relación ecológica

[Discursos acerca del imaginario cultural con respecto al perro en la sociedad humana y en contraste con otros animales]

Participantes

Los datos fueron recogidos utilizando entrevistas en profundidad a 32 personas de un rango de edad desde los 21 hasta los 67 años. 22 de las entrevistadas son mujeres y 10 hombres (Figura 2). De estas personas tan solo 4 fueron de fuera de Zaragoza, siendo 3 de Madrid y 1 de la Rioja. La mayoría de las participantes eran residentes en Zaragoza, y la mitad de las mismas (14) en concreto paseantes del mismo parque: el Parque del Buen Humor, situado en el barrio ACTUR-Rey Fernando, en la margen izquierda del río Ebro.

La selección de la muestra con la que se acabó trabajando fue todo lo abierta posible, utilizando un proceso de bola de nieve en el que se fueron entrevistando a personas de confianza que luego remitían a otras hasta alcanzar un número óptimo de entrevistas. Situadas en el contexto de la investigación general, no se discriminó por género a las personas participantes ni tampoco se indagó en sus situaciones íntimas y personales al hacerlo, sino que estos temas surgirían después, al desarrollarse las entrevistas.

Figura 2. Universo Muestral



Ninguna de las mujeres entrevistadas se identificó como víctima de violencia machista antes ni durante la realización de la entrevista, aunque en los relatos que veremos a continuación sí se desprenden situaciones violentas o tóxicas basadas en la búsqueda del dominio masculino sobre la mujer. En algunos casos concretos, sí hubo un reconocimiento explícito, pero en un caso fue de una informante que meses después de la entrevista, al ponerse en contacto con el investigador, reconoció que había sido víctima

de abusos verbales y psicológicos por su entonces pareja, o por otro lado un informante varón que habló de la relación anterior de su actual pareja, definida también como violenta y constrictiva hacia ella.

Teniendo en cuenta la evidente parcialidad con la que la muestra recogida toca las situaciones de violencia de género, no se pretende aquí ofrecer un estamento directo sobre la influencia del perro en tales situaciones, sino establecer un precedente de investigación que permita más adelante trabajar en profundidad este tema, demostrando la capacidad dialogante del perro en situaciones de crisis y los intercambios afectivos entre ambas especies dentro de los límites de su intimidad compartida. Esto, como veremos en los resultados, apunta hacia la influencia que puede tener esta relación interespecie de íntima confianza en situaciones de violencia de género.

Consideraciones éticas

Durante la realización del proceso de recolección de datos se buscó cumplir con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE, 294, 6 de diciembre de 2018), contando con el respaldo ético de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Se facilitó a las participantes en las entrevistas en profundidad una explicación verbal, grabada, de la finalidad y objetivos de la investigación que se llevaba a cabo, asegurando así mismo su anonimato y la confidencialidad con la que se tratarían sus datos. Finalmente, se les pidió una confirmación verbal, grabada, de su consentimiento para continuar la entrevista y que la misma fuera grabada y utilizada para la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los fragmentos escogidos que se analizarán a continuación fueron seleccionados de las entrevistas en profundidad, en concreto de las descripciones generales del apoyo emocional percibido hacia el perro y de los relatos de situaciones violentas y desagradables. El proceso que se utilizó para analizar estos datos parte de la transcripción de las entrevistas, para luego categorizar el contenido de cada una en función de la temática tratada en los diferentes momentos de la entrevista. Una vez separadas en categorías analíticas, estas fueron puestas en común para alcanzar un segundo nivel de análisis que permitiera una mayor concreción analítica, dando como resultado, en el caso que nos ocupa, tres características esenciales del universo emocional compartido con

respecto a las situaciones de violencia de género: la sensación de compañía y acompañamiento, la estabilidad social y emocional que parece ofrecer el perro y, por último, el apoyo íntimo que germina en el diálogo entre ambas especies desde la subalternidad.

Antes de empezar con este apartado conviene recordar que, al estar inmersos en este universo emocional canino-humano, no hablamos de aspectos que puedan ser generalizables, sino de situaciones íntimas personales y subjetivas que representan la experiencia directa de cada informante con el perro con el que vive. En este mismo sentido, es necesaria cierta cautela al interpretar los siguientes análisis, debido a los límites metodológicos que surgieron de la carencia o escasez de testimonios de primera mano, dada la naturaleza del estudio del que provienen los datos. Por ello, y como ya hemos mencionado, estas páginas pretenden ser una línea de partida para nuevas investigaciones que decidan tomar en serio el vínculo canino-humano con respecto a la violencia machista.

La compañía del perro

Dentro de una situación de violencia machista, la compañía es un aspecto esencial ante la soledad y exclusión de la víctima. Pero ¿qué podemos entender por compañía? En los siguientes ejemplos veremos testimonios que hablan de esta sensación de acompañamiento que aparentemente les aporta convivir con un perro.

[Mujer/24 años/2 perros medianos] pero yo al perro me pongo al lado suyo y le hago cariño, necesito tal... Y va a estar allí, y si yo quiero y le cuento las cosas se lo puedo contar porque le va a dar igual, ¿sabes? Se que no me va a responder, pero yo sé que está ahí.

[Mujer/56 años/1 perro pequeño] Pues el perro te aporta compañía, cariño... un perro siempre está ahí. Siempre puedes contar con él, siempre está pendiente de ti, siempre te da cariño, siempre si tú quieres darle cariño a alguien se lo puedes dar.

[Mujer/24 años/1 perro pequeño] El sentimiento es que me acompaña, o sea yo la siento cuando estoy aquí y hay momentos en los que yo me puedo sentir sola, y estoy con ella, la miro y digo “no estoy sola, estoy con ella” y es el ser vivo que si tengo cualquier cosa siempre está ahí para escucharme, para consolarme, para darme besitos, si me ve que estoy triste y lloro me besa la cara y a su manera me quita las lágrimas y yo le cuento todo.

El primer aspecto destacable de la sensación de compañía es el cariño, es decir, no hablamos de compañía pasiva, sino de un acompañamiento mutuo en el que el nivel

emocional prima por encima de otros aspectos. Dar besos, por ejemplo, sería un modo del perro de ofrecer cariño, interpretado por la informante cuando el perro lame su cara, sus manos o sus piernas, generando así una sensación de reciprocidad entre ambas especies.

Nos encontramos por tanto ante una situación de cercanía física continuada a través de la cotidianidad, añadiendo la sensación de acompañamiento que inspira esta situación sobre la informante. Esta sensación puede resultar no solo agradable, sino sanadora para la víctima de violencia machista. Numerosos estudios corroboran la capacidad terapéutica de la compañía de un perro para combatir la soledad (Aydin et al., 2012; Bibbo, Curl y Johnson, 2019; Gee y Mueller, 2019; Gilbey y Tani, 2020) o incluso a nivel sanitario (Miller et al., 2009), y existen evidencias de que la convivencia con un perro proporciona al informante una base segura que permite regular o controlar mejor su estrés (Zilcha-Mano, Mikulincer y Shaver, 2012). Como ya habíamos comentado, la soledad y el aislamiento de la mujer son situaciones en las que suelen derivar las violencias machistas (Damonti y Amigot, 2020), por lo que esta compañía tan directamente sentida y apreciada podría plantearse como un elemento sanador o empoderante en sí mismo.

También son considerados y apreciados por las informantes otros aspectos de la convivencia, como la obligación de salir a la calle, que como veremos proporciona cierta sensación de estabilidad y normalidad a las víctimas de violencia de género, o sensaciones de calma y bienestar producidas por la presencia del perro, ayudando a contribuir a esta estabilidad de la convivencia cotidiana.

Estabilidad social y emocional

Precisamente es en esta línea en la que hablan otras informantes al entender el apoyo canino en violencia de género, mencionando la capacidad del perro (o del propio acto de convivir con él) para desligar pensamientos negativos y culpabilizadores, así como para reestablecer una estabilidad emocional y social a través de la rutina.

[Mujer/38 años/1 perro grande] Pero un perro te obliga a levantarte de la cama para sacarle, entonces en estos casos yo lo aconsejo mucho por eso. Porque estás obligado y si no te levantas y recoges la caca que ha hecho, ¡el pis que ha hecho en casa!

[Hombre/52 años/1 perro grande] Parejas que a lo mejor se rompen y a lo mejor pues resulta que te quedas solo con la perra y ser una muleta fundamental inicialmente, y la forma de rehacer, la forma también de no encerrarte y de no perder relación con la gente porque el animal te obliga, tienes que bajar, tienes que salir, y bueno, y la verdad es que sí,

sí que me lo han reconocido varias personas que gracias al perro o a la perra pues han podido superarlo mejor por así decirlo

[Hombre/47 años/1 perro pequeño] le pone un incentivo diario, como una rutina, como para pensar en otra cosa, no estar dándole siempre al coco de lo que ha pasado, una obligación pues de invertir tiempo pues en mirar comidas por ejemplo el tiempo que invierta en mirar comida para el perro ese tiempo aunque sea media hora no estará pensando en el maltrato que ha tenido, y bajándolo a la calle lo mismo, y estará pensando en «voy a bajar al perro a la calle, voy a ver que esté a gusto, esto lo otro...» dejará de pensar en lo otro.

En estos casos entendemos que las informantes ven como un gran aliciente la obligación de responsabilizarse de las necesidades del perro para la víctima de violencia de género, ya que estas obligaciones construyen una rutina beneficiosa en la que poder apoyarse para ganar estabilidad. No solo facilitaría la estabilidad necesaria para la recuperación emocional y psicológica, sino que también promovería una actitud dinámica que no dejara sitio a los pensamientos negativos y autodestructivos.

Sintetizando estas dos últimas ideas, conviene aquí incidir en que la estabilidad vendría dada por una estructuración temporal rígida (alimentar al perro y pasearle a ciertas horas concretas), junto a la gestión de los recursos para hacerlo (mantenimiento de ropa y correa para salir, así como la compra de alimento), lo que establecería una cotidianidad basada en rutinas que reproducirían constantemente la estabilidad homogénea que podría necesitar, según las informantes, una víctima de violencia de género.

En el mismo sentido, la prevención de pensamientos culpabilizadores y autodestructivos sería posible gracias no solo a la compañía y afecto incondicional del que ya hemos hablado, sino también gracias a la consecución diaria de actividades dedicadas a otro ser: alimentar al perro, pasear al perro, jugar con el perro o simplemente mirar al perro. Serían acciones diarias que ofrecen a la víctima de agresión una oportunidad para cuidar o prestar atención a otro ser, alejando así los pensamientos de sí misma y de sus posibles traumas.

Apoyo emocional en la subalternidad

Hasta ahora hemos hablado de aspectos concretos que inciden en el universo socioemocional de la víctima: la compañía, la estabilidad de las tareas diarias... Pero en todas ellas el perro ha jugado un papel de emisor pasivo, generando una unidireccionalidad. Si recordamos las estructuras y dinámicas intrafamiliares que

mencionábamos antes, veremos que el perro se inserta en ellas como actor social subalterno, lo que llevaría a la pregunta del rol del perro en estas situaciones, más allá de sus capacidades pasivas. En este sentido las informantes relatan momentos de complicidad y diálogo entre ambas especies:

[Mujer/37 años/1 perro mediano] [el perro es] un ser vivo con el que estás compartiendo, probablemente compartes más que con el resto de seres humanos que tienes alrededor, y además el perro que es tan empático pues eso, tú el hecho de que tú llores y esté el perro ahí para consolarte entre comillas o para reconfortante, o al revés que tengas una alegría y lo mismo.

[Hombre/26 años/2 perros medianos] entonces [para su pareja] el perro ha sido el amuleto emocional, la muleta en que se ha apoyado para superarlo, todo, claro creo que sí que varía dependiendo de la persona, del cariño que te puede dar un perro, el cariño que le puedes dar tú, cómo le hables, cómo reacciones con él, porque es donde has focalizado el cariño y el por qué. [...] y por eso lo menciono porque gracias a ese perro mi mujer ha podido escapar de un manipulador y un maltratador de mierda.

[Mujer/56 años/1 perro pequeño] Mira, yo me divorcié porque J. era muy agresivo, nunca me pegó, pero nos insultaba, nos gritaba, blasfemaba, pegaba voces y lo que hacía Coco era apartarse, como diciendo «a mí que no me llegue» y luego venía y te daba cariño como diciendo «estoy de tu parte». Eso es lo que he visto yo personalmente, en los demás casos no lo sé.

[Mujer/57 años/1 perro grande] yo creo que un perro a una persona que está sufriendo violencia de género, que la está sufriendo, le puede ayudar mucho en el sentido afectivo, de todo el cariño que le puede dar, ¿vale? Creo que muchísimo, porque realmente las personas que están sufriendo maltrato o violencia de género no hablan, ¿vale? [...] entonces creo que tener un animal en el que refugiar al menos su afecto porque yo estoy segura de que el animal se lo va a devolver con creces.

[Mujer/66 años/1 perro grande] Yo creo que le da el calor, calor. Es algo caliente que tienes al lado y que te lame las manos cuando el otro te ha pegado una paliza. Son muy no sé cómo decirte, colaboran, comprenden, los animales comprenden la depresión, porque emiten toxinas que son derivaciones de las proteínas, o sea, que hay un olor de la alegría, un olor de la tristeza, entonces el perro lo que hace es chuparte las manos o darte mimos

En estos ejemplos se puede apreciar una tendencia a integrar las capacidades afectivas del perro para con la persona agredida dentro de una situación de maltrato, ya sea verbal, psicológico o físico. La víctima de violencia de género es vista como vulnerable, desamparada y sin recursos afectivos de ninguna clase, todo lo que el perro podría

proporcionarle. A nivel de vulnerabilidad el perro actuaría como refuerzo emocional, como acompañante silencioso que realiza la importante labor de estar ahí (ya hemos visto lo que afecta la mera compañía a la relación interespecie). El perro también es percibido como una figura de apoyo afectivo, que otorga cariño incondicional, un cariño que es visto como necesario y sanador para la víctima. ¿En qué consiste este cariño? En primer lugar, la compañía, es decir, la ya mencionada presencia pasiva que, aunque no ofrece estímulos directamente positivos, elimina los negativos (Janssens et al., 2020), ya que reproduce la sensación estable de cotidianidad que puede necesitar la víctima. Por otro lado, a través de actividades, juegos y contacto físico, el perro proporciona al ser humano no solo un entretenimiento, sino una red afectiva de cuidados en la que ambos se interrelacionan de manera constante, por lo que ofrecería un apoyo emocional sólido y constante con respecto a la situación de violencia.

El perro por tanto actuaría como sujeto afectivo y acompañante en situaciones de violencia de género, reforzando emocionalmente a la víctima a través del cariño otorgado de manera aparentemente desinteresada (dicho de otro modo, sin pedir nada a cambio) y la compañía constante que reconfortaría a la víctima a través de un espacio seguro, íntimo, entre ambos seres. Estamos hablando de un diálogo entre subalternidades, que emergen de las relaciones desiguales de poder, son conscientes unas de otras y confluyen en una misma red empoderante juntas. La víctima desde su subalternidad como foco de la violencia se encuentra con el perro cuya subalternidad es estructural, y que también puede ser foco del maltrato (Díaz Videla, 2014) que lleva a cabo el maltratador para hacer más daño a la víctima humana.

Este diálogo entre subalternidades es esencial para entender la profundidad del apoyo mutuo, de las redes afectivas compartidas, ya que están profundamente relacionadas con la complicidad entre ambas, por la consciencia mutua de la presencia de la otra, fraguado a lo largo de un proceso de convivencia común. Este diálogo genera o refuerza una red afectiva esencial para la víctima, que consigue empoderarse en mayor o menor medida dependiendo del contexto, siempre junto al perro. Esto nos llevaría a aventurar, dentro de las limitaciones metodológicas ya comentadas, que el profundo vínculo dialogante entre perro y humana podría funcionar como nexo que dificulte la salida de la víctima de ese entorno. La intensidad de este vínculo retrasaría o dificultaría la salida de ese entorno agresivo, ya que la mujer conoce y empatiza con el perro, con quien ha compartido momentos de complicidad íntima y podría buscar el bienestar del perro, tratando de

impedir o evitar agresiones hacia este. De hecho, la fuerte vinculación no suele pasar desapercibida al agresor, lo que provoca, como vimos al inicio del artículo, un ensañamiento con el perro o mascota, con el fin de dañar a la mujer, un daño que va más allá de lo psicoemocional, agrediendo directamente el vínculo canino-humano que ambas han generado

CONCLUSIONES

En situaciones de cotidianidad normativa, el perro participa activamente en las dinámicas socializadoras de las familias, lo que lo convierte en un agente social con diferentes matices que condicionan su estatus y su rol dentro del núcleo familiar. De esta forma, el perro, por su condición de no-humano y su doble dependencia (la psicoemocional forjada en la convivencia, y la material al carecer de estructuras que le permitan sobrevivir ajeno al ser humano en los entornos urbanos), suele recibir un estatus subalterno, siempre subordinado al ser humano, ya sea desde el proteccionismo infantilizado hasta el utilitarismo en según qué contextos. El estatus del perro dentro de los núcleos familiares es, por tanto, de subordinación con respecto al resto del grupo.

Esta subalternidad canina se encuentra con la de la mujer en situación de violencia de género, normalmente desprovista de recursos materiales que le permitan salir de esa situación al tiempo que carece de una red social de apoyo debido a la manipulación y coerción del agresor. Esta subalternidad femenina es también estructural, ante un imaginario cultural plagado de estructuras simbólicas androcéntricas que reproducen relaciones de poder desiguales basadas en la diferencia sexual.

El encuentro de estas dos subalternidades produce una conexión íntima y silenciosa en la que ambos actores sociales, mujer y perro, se reconocen mutuamente en su respectiva subalternidad, aferrándose a ella para empoderarse juntas. Es precisamente la intimidad compartida en la cotidianidad la que permite este proceso de vinculación emocional, haciendo patente la agencia de ambas partes en su universo relacional.

Todo lo que hemos ido analizando apunta a que el vínculo mujer-perro y el contexto en el que este se genera es esencial para entender los procesos que se dan en situaciones de violencia de género, ya que determinan el apoyo que va a recibir la víctima y cómo se va a comportar esta en función del estado o actuación del perro. Perro y humana, en la intimidad compartida que les permite la convivencia cotidiana, establecen un diálogo desde sus respectivas subalternidades, reconociéndose mutuamente y generando un

vínculo que aparentemente tiene una doble funcionalidad: por un lado, permitiría a la víctima empoderarse ante la agresión y, por otro, este proceso reconocería al perro como actor social, indispensable o esencial en su socialización y recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APPLEBAUM, Jennier W.; ZSEMBIK, Barbara A. Pet attachment in the context of family conflict. En: *Anthrozoös*. 2020, vol. 33, núm. 3, pp. 361-370.
- AYDIN, Nilüfer, et al. "Man's best friend": How the presence of a dog reduces mental distress after social exclusion. En: *Journal of experimental social psychology*. 2012, vol. 48, pp. 446-449.
- DE BEAUVOIR, Simone. *El segundo sexo*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2021.
- BIBBO, Jessica; CURL, Angela L; JOHNSON, Rebecca A. Pets in the lives of older adults: a life course perspective. En: *Anthrozoös*. 2019, vol. 32, núm. 4, pp. 541-554.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. 6 de diciembre de 2018, p. 294.
- BOURDIEU, Pierre. *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama, 2000.
- CARAVACA-LLAMAS, Carmen; SÁEZ-OLMOS, José. La violencia hacia las mascotas como indicador en la violencia de género. En: *Tabula Rasa*. 2002, vol. 41, pp. 269-286.
- DAMONTI, Paola; AMIGOT, Patricia. Las situaciones de exclusión social como factor de vulnerabilidad a la violencia de género en la pareja: desigualdades estructurales y relaciones de poder de género. En: *EMPIRIA. Revista de metodología de ciencias sociales*. 2020, vol. 48, pp. 205-230.
- DÍAZ VIDELA, Marcos. Interacción humano-animal: ¿por qué la gente no ama a sus mascotas? En: *Revista de psicología GEPU*. 2014, vol. 4, núm. 2, pp. 164-179.
- FOX, Robin. *Sistemas de parentesco y matrimonio*. Madrid: Alianza editorial, 2006.
- GEE, Nancy R.; MUELLER, Megan K. A systematic review of research on pet ownership and animal interactions among older adults. En: *Anthrozoös*. 2019, vol. 32, núm. 2, pp. 183-207.
- GILBEY, Andrew; TANI, Kawtar. Pets and loneliness: Examining the efficacy of a popular measurement instrument. En: *Anthrozoös*. 2020, vol. 33, núm. 4, pp. 529-546.
- IRVINE, Leslie y CILIA, Laurent. More-than-human families: pets, people, and practices in multispecies households. En: *Sociology compass*. 2017, vol. 11, núm. 2.
- JANSSENS, Mayke, et al. The pet-effect in daily life: an experience sampling study on emotional wellbeing in pet owners. En: *Anthrozoös*. 2020, vol. 33, núm. 4, pp. 579-588.
- MACIONIS, John J.; PLUMMER, Ken. *Sociología. 3ª edición*. Madrid: Pearson Educación, 2008.
- MUELLER, Megan K. The relationship between types of human-animal interaction and attitudes about animals: and exploratory study. En: *Anthrozoös*. 2014, vol. 27, núm. 2, pp. 295-308.
- POWER, Emma. Furry families: making a human-dog family through home. En: *Social & Cultural Geography*. 2008, vol. 9, núm. 5, pp. 535-555.

SANDERS, Clinton R. Actions speak louder than words: Close relationships between humans and nonhuman animals. En: *Symbolic interaction*. 2003, vol. 26, núm. 3, pp. 405-426.

WALSH, Froma. Human-animal bonds II: The role of pets in family systems and family therapy. En: *Family Process*. 2009, vol. 48, núm. 4, pp. 481-499.

WESTLUND, Andrea C. Pre-modern and modern power: Foucault and the case of domestic violence. En: *Journal of women in culture and society*. 1999, vol. 24, núm. 4, pp. 1045-1066.

ZILCHA-MANO, Sigal; MIKULINCER, Mario; SHAVER, Phillip R. Pets as safe havens and secure bases: the moderating role of pet attachment orientations. En: *Journal of research in personality*. 2012, vol. 46, pp. 571-580.

COMPLICACIONES EN EL PARTO Y EL PUERPERIO ENTRE LAS GESTANTES DE UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA QUE ESTÁN EXPUESTAS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Complicacions en el part i el puerperi entre les gestants d'una població espanyola que estan exposades a violència de gènere

Complications in Childbirth and Puerperium among Pregnant Women in a Spanish Community Exposed to Gender Violence

María Analía Gómez-Fernández¹; Iris Parra-Vega²; Osva Corral-Vázquez³

Autora correspondencia: María Analía Gómez-Fernández

Correo electrónico: analiagomez2@yahoo.es

1. Doctora en Enfermería por la Universidad de Barcelona. Matrona de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria La Bañeza. Gerencia de Atención Primaria de León. Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). Grupo de Estudios Mujer, Salud, Ética (Universitat de Barcelona). (*León, España*)

2. Enfermera del Hospital del Bierzo. Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). (*León, España*)

3. Enfermero de Atención Primaria (Ponferrada II). Gerencia de Atención Primaria del Bierzo. Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl). (*León, España*)

Recibido: 22/06/2022

Aceptado: 02/09/2022



RESUMEN

OBJETIVO. Explorar si la exposición a la violencia de género (VG) durante el embarazo en una población española se relaciona con complicaciones en el parto que impliquen un parto mediante cesárea o con complicaciones del puerperio. **METODOLOGÍA.** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo llevado a cabo en dos centros públicos de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Las gestantes, asistidas por matronas de los centros participantes, cumplimentaron el cuestionario validado de detección de VG Index of Spouse Abuse. Conjuntamente se recogieron variables sociodemográficas y obstétricas. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante de los datos. **RESULTADOS.** Se obtuvo una muestra de 381 gestantes. La prevalencia de VG psicológica fue del 7.35%, la física del 3.67% y alguna forma de violencia del 8.92%. La exposición a la VG psicológica o a alguna forma de violencia aumenta significativamente las complicaciones durante el parto ($p=0.031$ y $p=0.025$, respectivamente). De igual forma, la exposición a la VG física aumenta el riesgo de complicaciones del puerperio ($p=0.024$). Sin embargo, la exposición a alguna forma de VG no se asoció, después de ajustar otros factores explicativos, con el parto mediante cesárea ($OR=1$; $IC=0.29-3.03$; $p=0.994$). **CONCLUSIONES.** La exposición a la VG aumenta las complicaciones durante el parto y el puerperio. Por tanto, la detección precoz de la VG durante el embarazo es fundamental para brindar a las mujeres un apoyo adicional e informar de los recursos de ayuda para que ello pueda tener un impacto positivo en los resultados del nacimiento.

Palabras claves: violencia de género; embarazo; complicaciones; parto; posparto.

RESUM

OBJECTIU. Explorar si l'exposició a la violència de gènere (VG) durant l'embaràs en una població espanyola es relaciona amb complicacions en el part que impliquin un part mitjançant cesària o amb complicacions del puerperi. **METODOLOGIA.** Estudi observacional, descriptiu i prospectiu dut a terme en dos centres públics de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Les gestants, assistides per matrones dels centres participants, van emplenar el qüestionari validat de detecció de VG Index of Spouse Abuse. Conjuntament es van recollir variables sociodemogràfiques i obstètriques. Es va realitzar una anàlisi descriptiva, bivariant i multivariant de les dades. **RESULTATS.** Es va obtenir una mostra de 381 gestants. La prevalença de VG psicològica va ser del 7.35%, la física del 3.67% i alguna forma de violència del 8.92%. L'exposició a la VG psicològica o a alguna forma de violència augmenta significativament les complicacions durant el part ($p=0.031$ i $p=0.025$, respectivament). D'igual forma, l'exposició a la VG física augmenta el risc de complicacions del puerperi ($p=0.024$). No obstant això, l'exposició a alguna forma de VG no es va associar després d'ajustar altres factors explicatius amb el part mitjançant cesària ($OR=1$; $C=0.29-3.03$; $p=0.994$). **CONCLUSIONS.** L'exposició a la VG augmenta les complicacions durant el part i el puerperi. Per tant, la detecció precoç de la VG durant l'embaràs és fonamental per a brindar a les dones un suport addicional i informar dels recursos d'ajuda perquè això pugui tenir un impacte positiu en els resultats del naixement.

Paraules clau: violència de gènere; embaràs; complicacions; part; postpart.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To explore whether exposure to gender-based violence (GBV) during pregnancy in a Spanish community is related to birth complications involving cesarean delivery or to puerperium complications. **METHODOLOGY.** Observational, descriptive and prospective study carried out in two public centers in L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). The pregnant women, assisted by midwives of the participating centers, completed the validated questionnaire for the detection of GBV Index of Spouse Abuse. Sociodemographic and obstetric variables were also collected. A descriptive, bivariate and multivariate analysis of the data was performed. **RESULTS.** A sample of 381 pregnant women was obtained. The prevalence of psychological GBV was 7.35%, physical GBV was 3.67% and some form of violence was 8.92%. Exposure to psychological GBV or some form of violence significantly increased complications during labor ($p=0.031$ and $p=0.025$, respectively). Similarly, exposure to physical GBV increases the risk of puerperium complications ($p=0.024$). However, exposure to some form of GV was not associated after adjusting for other explanatory factors with delivery by cesarean section ($OR=1$; $CI=0.29-3.03$; $p=0.994$). **CONCLUSIONS.** Exposure to VG increases complications during labor and puerperium. Therefore, early detection of GV during pregnancy is critical to provide women with additional support and available resources so that this can have a positive impact on birth outcomes.

Keywords: Gender Violence; Pregnancy; Birth Complications; Labor; Puerperium

INTRODUCCIÓN^{1,2}

La violencia de género (VG) es una violación fundamental de los derechos humanos (OMS, 2013). Las Naciones Unidas (1993) definieron VG como «todo acto de agresión a la mujer basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada». Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), una de cada tres mujeres en todo el mundo está o ha estado expuesta a la VG.

Las mujeres españolas no son una excepción. Según la *Macroencuesta de violencia contra la mujer* de 2019 (Ministerio de Igualdad, 2021), 1 de cada 2 mujeres (57,3%) residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas. Las mujeres jóvenes la experimentan en mayor medida: el 71,2% de las mujeres de 16 a 24 años y el 68,3% de las mujeres de 25 a 34 años han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas frente al 42,1% de las que tienen 65 o más años. Respecto a las víctimas mortales, 47 mujeres fueron asesinadas por sus parejas o exparejas en el año 2021, quedando huérfanos/as por VG 7 menores de 18 años.

La VG, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación de violencia haya terminado (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012). De hecho, las mujeres víctimas de VG perciben que tienen peor salud respecto a las mujeres que no han sufrido VG (Ministerio de Igualdad, 2015) y presentan una peor calidad de vida (Tavares de Lucena et al., 2017).

Las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían si esta ocurre durante el embarazo, por la posibilidad de desencadenar complicaciones en la gestación, parto y posparto, tales como un mayor riesgo de aborto, retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro o depresión posparto, entre otros, pudiendo tener, por tanto,

¹ La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha sido financiada por el proyecto Recercaixa 2016ACUP 0083, así como, de modo parcial, por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16).

² Los resultados de este trabajo derivan de la tesis doctoral de M^a Analía Gómez-Fernández (Programa de Doctorado en Enfermería y Salud en la Universitat de Barcelona. Las autoras y autor de este artículo han hecho contribuciones sustanciales en el trabajo: MAGF en el diseño del trabajo, la adquisición, análisis de los datos e IPV y OCV en la revisión bibliográfica, interpretación de los datos y/o la redacción del artículo. Todas las autoras han aprobado la versión que se presenta.

repercusiones no solo en la madre, sino también en el recién nacido (Gómez-Fernández et al., 2021; Martín-de-Las-Heras et al., 2022). Por otro lado, los hijos e hijas de las mujeres que están expuestas a VG son víctimas directas de la VG (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012). Tal es así que la VG ejercida contra la madre se considera una forma de maltrato infantil, puesto que sus hijos pueden recibir violencia, son testigos y en ocasiones son utilizados por parte del agresor como instrumento para infligir daño a la mujer (Ahmadabadi et al., 2018; Generalitat de Catalunya, 2017; UNICEF, 2006). En su conjunto, las mujeres expuestas a cualquier forma de VG acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a atención primaria (AP), urgencias, obstetricia y ginecología, y servicios de salud mental (García-Moreno et al., 2015). Se estima que de las mujeres que acuden a los servicios de salud comunitaria y de urgencias, entre el 38% y el 40% sufren o han sufrido VG. El motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación encubierta (Sprague et al., 2014), identificándose una minoría de los casos (Coll-Vinent et al., 2008). Asimismo, según la literatura, las mujeres embarazadas en entornos sanitarios prenatales es más probable que revelen la VG (O'Doherty et al., 2014) y valoran de forma positiva que se les pregunte sobre VG (Kataoka & Imazeki, 2018). Siempre se debe indagar sobre VG de una forma segura para la mujer, es decir, de forma privada y asegurando la confidencialidad (OMS, 2001).

Avanzar en el conocimiento de la violencia permite visibilizar el problema de salud, entender el fenómeno y desarrollar respuestas desde los centros sanitarios. El objetivo del trabajo fue explorar si la exposición a la VG durante el embarazo en una población española se relaciona con complicaciones en el parto que impliquen un parto mediante cesárea o con complicaciones del puerperio.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo.

Ámbito

Los dos centros públicos de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Just Oliveras y Ronda Torrasa, los cuales cuentan con 13 matronas que asisten a una media de 2100 gestantes al año.

Sujetos

Mujeres gestantes que hablan español y son asistidas por matronas de los centros participantes. Se excluyeron menores de edad, mujeres que no habían tenido pareja masculina en el último año y/o que acudirían para la asistencia al parto a un centro privado.

El tamaño muestral fue calculado para el ajuste del modelo multivariante, siguiendo las recomendaciones de Peduzzi et al. (1996): disponer de diez eventos de interés por parámetro a estimar. Respecto al evento cesárea, se planteó el análisis de cuatro variables explicativas junto con el término independiente, siendo necesario disponer de 50 casos de mujeres cuyo parto fuera mediante cesárea. Asumiendo un porcentaje previsible de 15% de cesáreas (según los datos del hospital de referencia: Hospital General de L'Hospitalet durante el año 2017), y previendo una pérdida de casos del 5%, era necesario acceder al seguimiento del embarazo como mínimo de un total de 349 gestantes.

Variables

- **Sociodemográficas:** edad (en años, agrupada en: <26, 26-37 y >37), nacionalidad (país de nacimiento, agrupada en: África, Asia, España, Indo-Pakistán, Resto de Europa y Sudamérica-Centroamérica), nivel de estudios (agrupada en: sin estudios, estudios primarios, secundarios y universitarios), y situación laboral (agrupada en: baja laboral, estudiante, pensionista, prestación por desempleo, tareas domésticas y trabajo activo).
- **Exposición o no a la VG:** psicológica, física y cualquier forma de VG (incluye VG psicológica o física) determinado por el cuestionario Index of Spouse Abuse (ISA). En caso de exposición a la violencia: momento de inicio de la violencia (antes del embarazo o durante el embarazo).
- **Nivel de riesgo (bajo, medio, alto, muy alto) y factores de riesgo gestacional al final del embarazo que aumentan el riesgo de un parto mediante cesárea,**

según el protocolo de seguimiento del embarazo de Cataluña vigente durante la elaboración del trabajo) (Generalitat de Catalunya, 2005). El cual clasifica los diferentes problemas de salud o complicaciones que pueden aparecer en el curso del embarazo como factores de riesgo medio, alto o muy alto.

- **Presencia o no de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea según la evidencia científica:** cesárea previa, inducción al parto, macrosomía fetal (>4000g), prematuridad (menos de 37 semanas de gestación) y/o presentación fetal anómala (diferente a vértice) (Generalitat de Catalunya, 2017; Martínez, 2014; OMS, 2015; Sociedad Española de Pediatría, 2008; Tomasdottir et al., 2016).
- **Tipo de parto** (eutócico, cesárea o instrumentado [incluye espátulas, fórceps y ventosa]), presencia o no de complicaciones del parto (hemorragia, infección, mortalidad materna, sospecha de pérdida de bienestar fetal, trombosis, otros). Según diagnóstico empírico o analítico.
- **Puerperio** (periodo de la cuarentena): presencia o no de complicaciones del puerperio (depresión puerperal, infección por mastitis, de la sutura, urinaria o uterina, hemorragia, otros). Según diagnóstico empírico o analítico.

Recogida de datos

Para realizar el trabajo se siguieron las *Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres* de la Organización Mundial de Salud (2001) y se cumplió con la *Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* (Jefatura del Estado, 2018). Se obtuvo la aprobación por parte de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona (IRB00003099) y del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (P15/129).

Tras realizar una revisión de los cuestionarios validados de detección de VG (Gómez-Fernández, Goberna-Tricas y Payà-Sánchez, 2018), se decidió utilizar el cuestionario Index of Spouse Abuse (ISA) en su versión adaptada al español, por sus excelentes propiedades psicométricas (α Cronbach 0.98) (Plazaola-Castaño et al., 2009) y porque a través de 30 preguntas indaga sobre violencia psicológica y/o física. La recogida de datos se llevó a cabo entre diciembre de 2017 y noviembre de 2018.

La técnica de muestreo fue no probabilístico accidental (Icart-Isern, Fuentelsaz-Gallego, & Pulpón-Segura, 2006). Las matronas ofrecieron a las mujeres participar de forma consecutiva en el estudio a medida que éstas acudieron a la consulta de alguno de los centros participantes para el seguimiento gestacional (a partir de la segunda visita), una vez que se comprobó que cumplían los criterios de inclusión.

Se les facilitó, de forma verbal y escrita, información de los objetivos y del procedimiento del estudio. De aceptar participar, se solicitó su consentimiento por escrito, asegurándoles la confidencialidad y anonimato (se les entregó una copia de dicho consentimiento). Las matronas cumplimentaron un cuestionario *ad hoc* con los datos sociodemográficos y obstétricos; y pidieron a la mujer que autocumplimentara el cuestionario ISA a solas en formato impreso. Una de las investigadoras (MAGF) evaluó el cuestionario ISA e comunicó a la matrona el resultado del mismo, para, en sucesivas visitas de seguimiento del embarazo, informar a la mujer del resultado del cuestionario. En caso de ser positivo, si la mujer no tenía una visita sucesiva programada, se citaba expresamente (en el plazo máximo de un mes) para ofrecerle recursos de ayuda y seguidamente preguntarle por el momento de inicio de la violencia (antes o durante el embarazo).

Se realizó el seguimiento entre 2 y 6 meses después, accediendo a la Historia Clínica Informatizada, para obtener los datos relacionados con el tipo de parto, la presencia de complicaciones del parto y/o del puerperio.

Análisis

Las variables cuantitativas se describieron mediante mediana y rango intercuartil y las categóricas se expresaron con frecuencia absoluta y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizó el *Test exacto de Fisher para las variables categóricas*. Para estudiar el efecto de la exposición a la VG y otros factores se ajustaron modelos de regresión logística multivariante sobre la variable cesárea. Un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo, y un odds ratio < 1 la reducción del riesgo, mientras que un odds ratio > 1 mayor riesgo. El paquete estadístico utilizado fue R, versión 3.5.1.

Validez y rigor

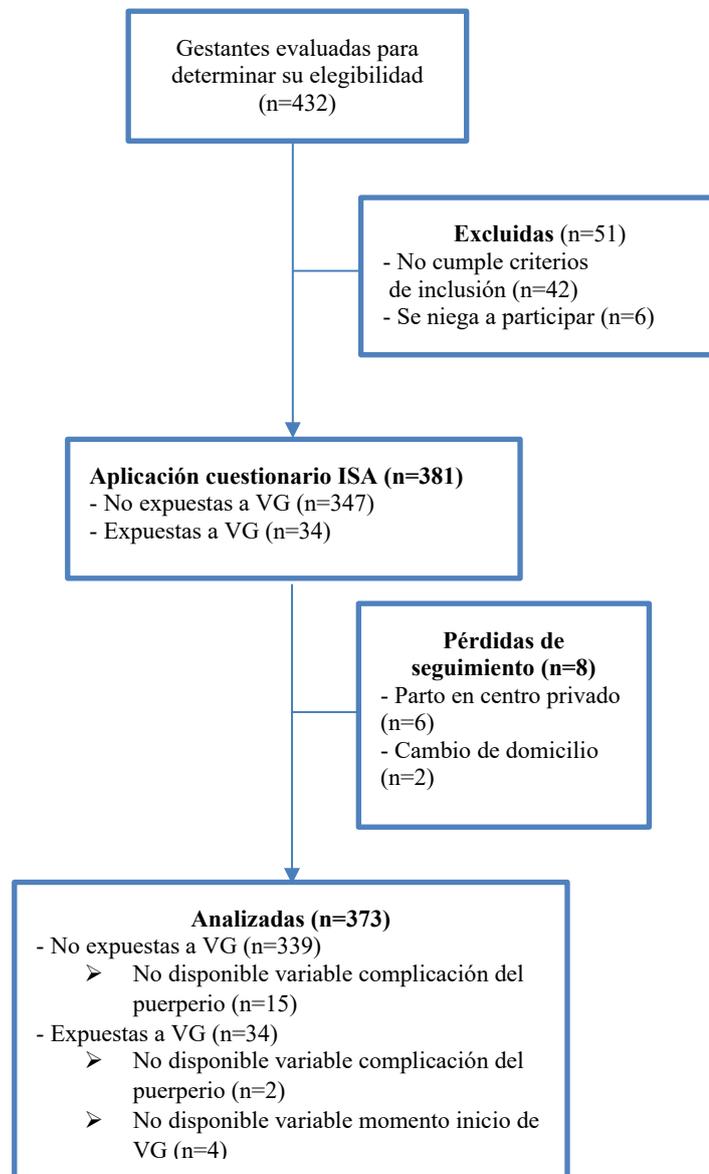
Se expone de forma detallada la recogida y análisis de los datos. La muestra ha sido calculada mediante métodos estadísticos de rigor científico y la variable VG se ha

determinado con un cuestionario validado. Por otro lado, se ha realizado un análisis multivariante sobre la variable cesárea para indagar la relación causa-efecto.

RESULTADOS

Como se describe en la **Figura 1**, se valoró a 432 gestantes, a fin de determinar su elegibilidad: 51 fueron excluidas (45 por no cumplir criterio de inclusión y 6 por negarse a participar), cumplimentando el cuestionario ISA 381 mujeres. Se produjeron 8 pérdidas durante el seguimiento. Finalmente 373 casos de gestantes fueron analizados.

Figura 1. Esquema general de la recogida de datos



A continuación, se procede a describir la muestra. En la **Tabla 1** se recogen las características sociodemográficas de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA (n=381). La mediana de edad es de 32 años. Existe un claro predominio de mujeres procedentes de Sudamérica-Centroamérica: el 48.03% (n=183). Prevalen las mujeres que tienen estudios primarios (31.23%; n=119) o secundarios (49.87%; n=190). El 75.85% (n=289) de las mujeres presentan una situación laboral que les reporta ingresos, ya sea por trabajo activo, prestación por desempleo, baja laboral o pensión.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA

N=381	
Edad	
<26	76 (19.95%)
26-37	237 (62.20%)
>37	68 (17.85%)
	$M_e=32.00$
Nacionalidad	
África	29 (7.61%)
Asia	1 (0.26%)
España	144 (37.80%)
Indo-Pakistán	7 (1.84%)
Resto de Europa	17 (4.46%)
Sudamérica-Centroamérica	183 (48.03%)
Nivel de estudios	
Sin estudios	5 (1.31%)
Primarios	119 (31.23%)
Secundarios	190 (49.87%)
Universitarios	67 (17.59%)
Situación laboral	
Baja laboral	62 (16.27%)
Estudiante	13 (3.42%)
Pensionista	1 (0.26%)
Prestación por desempleo	44 (11.55%)
Tareas domésticas	79 (20.73%)
Trabajo activo	182 (47.77%)

Nota: M_e =mediana

En la **tabla 2** se detallan el nivel de riesgo gestacional y los factores de riesgo específico, que aumentan el riesgo de cesárea, que presentaban las mujeres a las que se pudo realizar seguimiento (n=373). Predomina la presencia de un riesgo gestacional medio (34.58%; n=129) o alto (33.51%; n=125). Entre los factores de riesgo, los cinco más prevalentes son: mayor de 38 años (17.43%; n=65), obesidad (17.16%; n=64), cirugía uterina previa (14.21%; n=53), incremento excesivo de peso (10.99%; n=41) y diabetes gestacional (10.72%; n=40). En la tabla se detallan los factores de riesgo específicos que aumentan el riesgo de una cesárea, los cuales fueron usados en el análisis multivalente.

Tabla 2. Factores de riesgo gestacional

N=373			
Nivel de riesgo gestacional			
Bajo	86 (23.06%)		
Medio	129 (34.58%)		
Alto	125 (33.51%)		
Muy Alto	33 (8.85%)		
Factores de riesgo gestacional que aumenta el riesgo de una cesárea.			
Riesgo medio			
• Estatura baja	3 (0.80%)	• Control insuf. Gestación	35 (9.38%)
• Mayor de 38 años	65 (17.43%)	• Embarazo no deseado	3 (0.80%)
• Obesidad	64 (17.16%)	• Cardiopatía grado 1	2 (0.54%)
• Periodo intergenésico menor a 12 meses	7 (1.88%)	• Incremento excesivo de peso	41 (10.99%)
Riesgo alto			
• Anemia grave	3 (0.80%)	• Diabetes gestacional	40 (10.72%)
• Gemelar	3 (0.80%)	• Obesidad mórbida	2 (0.54%)
• Historia obstétrica desfavorable	23 (6.17%)	• Preeclampsia leve	14 (3.75%)
• Cirugía uterina previa	53 (14.21%)	• Infección materna	11 (2.95%)
Riesgo muy alto			
• Malformación uterina	3 (0.80%)	• CIR	5 (1.34%)
• Patología asociada grave	11 (2.95%)	• Placenta previa	1 (0.27%)
• Cardiopatía grado 3 y 4	2 (0.54%)	• Preeclampsia grave	3 (0.80%)
	6 (1.61%)	• APP	6 (1.61%)
		• Rotura de membranas pretérmino	7 (1.88%)
Otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea			
• Inducción al parto	104 (27.88%)		
• Cesárea previa	52 (13.94%)		
• Macrosomía	28 (7.51%)		
• Presentación anómala	17 (4.56%)		
• Prematuridad	16 (4.29%)		

Nota: CIR= Crecimiento intrauterino retardado; APP= Amenaza de parto prematuro. Respecto al tipo de parto (**Tabla 3**), el 72.39% (n=270) tuvieron un parto eutócico, el 20.64% (n=77) una cesárea, y las restantes (6.97%; n=26) un parto instrumentado, incluyendo fórceps, ventosa o espátulas. El 76.94% de los partos se produjeron en el hospital de referencias (Hospital General de L'Hospitalet); el resto se distribuyeron en otros ocho hospitales públicos. El 9.12% (n=34) de las mujeres tuvieron algún tipo de complicación en el parto, siendo la complicación más frecuente la sospecha de pérdida de bienestar fetal (6.97%; n=26). De las 356 mujeres que se pudo averiguar si tuvieron alguna complicación durante el puerperio: el 10.11% (n=36) sí presentaron alguna complicación, siendo la infección por mastitis la más prevalente (3.93%; n=14).

Tabla 3. Tipo de parto, complicaciones durante el parto y durante el puerperio

Tipo de parto (n=373)	
Eutócico	270 (72.39%)
Cesárea	77 (20.64%)
Fórceps	17 (4.56%)
Ventosa	7 (1.87%)
Espátulas	2 (0.54%)
Complicaciones durante el parto (n=373)	
Sin complicaciones	339 (90.88%)
Sospecha de pérdida de bienestar fetal	26 (6.97%)
Infección	4 (1.07%)
Hemorragia	3 (0.80%)
Otros (pre-eclampsia)	1 (0.28%)
Trombosis y mortalidad	0 (0.00%)
Complicaciones durante el puerperio (n=356)	
Sin complicaciones	320 (89.89%)
Infección mastitis	14 (3.93%)
Depresión puerperal	7 (1.97%)
Infección de orina	6 (1.69%)
Hemorragia	3 (0.84%)
Infección sutura	2 (0.56%)
Infección uterina	2 (0.56%)
Otros (hipertensión arterial y cefalea por punción accidental de duramadre)	2 (0.56%)

En consideración a la exposición a la VG, la **Tabla 4** expone los resultados de todas las mujeres que cumplieron el cuestionario ISA (n=381). El 8.92% de las mujeres están expuestas a la VG (n=34), el 7.35% a violencia psicológica y el 6.67% física. Referente al momento del inicio de la violencia, entre las mujeres de las que se dispone el dato (n=30), en 27 casos se inició la violencia antes de embarazo (90.00%) y en 3 casos durante el embarazo (10.00%).

Tabla 4. Exposición a la violencia de género

N= 381		
Alguna forma de violencia	No expuestas	347 (91.08%)
	Expuestas	34 (8.92%)
Violencia psicológica	No expuestas	353 (92.65%)
	Expuestas	28 (7.35%)
Violencia física	No expuestas	367 (96.33%)
	Expuestas	14 (3.67%)

En la **Tabla 5** se muestra el análisis bivariante según la exposición a la violencia psicológica, física y alguna forma de VG (cualquiera de las dos anteriores) (entre las mujeres que se pudo realizar el seguimiento) y su asociación con las variables tipo de parto, complicaciones del parto y complicaciones del puerperio. Apareció un aumento de la prevalencia de complicaciones durante el parto significativamente mayor entre las mujeres expuestas a la violencia psicológica ($p=0.031$) y alguna forma de violencia ($p=0.025$). En el caso de la exposición a violencia física, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa ($p=0.371$). Existe una prevalencia mayor de cesáreas y menor de partos eutócicos entre las mujeres expuestas a la VG (sin significancia estadística). Referente a las complicaciones del puerperio, de las 356 mujeres que se dispone del dato, existen un aumento de la prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el puerperio entre las mujeres expuestas a la violencia física ($p=0.024$). En el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa ($p=0.508$ y $p=0.349$, respectivamente).

Tabla 5. Tipo parto, complicaciones del parto y del puerperio según exposición de las gestantes a la violencia de género

Violencia psicológica				Violencia física			Alguna forma de violencia		
N=373	No expuestas VG (n=345)	Expuestas VG (n=28)	p	No expuestas VG (n=359)	Expuestas VG (n=14)	p	No expuestas VG (n=339)	Expuestas VG (n=34)	p
Tipo de parto			0.482			0.638			0.590
Eutócico	252 (73.04%)	18 (64.29%)		260 (72.43%)	10 (71.43%)		247 (72.86%)	23 (67.65%)	
Cesárea	69 (20.00%)	8 (28.57%)		73 (20.33%)	4 (28.57%)		68 (20.06%)	9 (26.47%)	
Instrument.	24 (6.96%)	2 (7.14%)		26 (7.24%)	0 (0.00%)		24 (7.08%)	2 (5.88%)	
Complicaciones en el parto			0.031			0.371			0.025
No	317 (91.88%)	22 (78.57%)		327 (91.09%)	12 (85.71%)		312 (92.04%)	27 (79.41%)	
Sí	28 (8.12%)	6 (21.43%)		32 (8.91%)	2 (14.29%)		27 (7.96%)	7 (20.59%)	
N=356	No expuestas VG (n=328)	Expuestas VG (n=28)	p	No expuestas VG (n=344)	Expuestas VG (n=12)	p	No expuestas VG (n=324)	Expuestas VG (n=32)	p
Complicaciones del puerperio			0.508			0.024			0.349
No	296 (90.24%)	24 (85.71%)		312 (90.70%)	8 (57.14%)		293 (90.43%)	27 (84.38%)	
Sí	32 (9.76%)	4 (14.29%)		32 (9.30%)	4 (33.33%)		31 (9.57%)	5 (15.62%)	

Nota: Instrument= Parto instrumentado (incluye espátulas, fórceps y ventosa); p=Valor de p.

En la **Tabla 6** se exponen los resultados, mediante análisis multivariante, de la asociación entre VG y parto mediante cesárea, ajustado con otros factores. Este análisis muestra que no existe asociación entre la presencia de factores de riesgo gestacional y el parto por cesárea. Sin embargo, existe una asociación positiva significativa entre presencia de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea (inducción, cesárea previa, macrosomía, presentación fetal anómala, y/o prematuridad) (OR=8.31; IC=4.16-18.06; $p<0.001$). Del mismo modo aparece una asociación positiva significativa con la presencia de complicaciones durante el parto (OR=16.60; IC=6.78-44.33; $p<0.001$). Finalmente, no se determina asociación entre alguna forma de VG y el parto por cesárea (OR=1; IC=0.29-3.03; $p=0.994$).

Tabla 6. Modelo de regresión logística sobre parto por cesárea de las mujeres que continúan con el embarazo

	Odds Ratio (IC 95%)	p
Intercepto	0.04 (0.02, 0.09)	<0.001
Presencia de factores de riesgo gestacional (que aumentan la incidencia de una cesárea)	1.20 (0.59, 2.51)	0.625
Presencia de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea	8.31 (4.16, 18.06)	<0.001
Presencia de complicaciones durante el parto	16.60 (6.78, 44.33)	<0.001
Alguna forma de VG	1.00 (0.29, 3.03)	0.994

Nota: p= Valor de p; OR= Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de confianza al 95%.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se decidió pedir a las gestantes que cumplimentaran el cuestionario ISA en cualquier momento de la gestación menos en la primera visita de embarazo, puesto que, según Garnweidner-Holme, et al. (2017), las mujeres entrevistadas (las cuales habían sufrido VG durante el embarazo) sugerían que las matronas pregunten sobre VG a mitad o hacia el final del embarazo, ya que opinan que al comienzo del embarazo existe mucha información sobre otros problemas relacionados con la salud, y porque creen que es importante que primero se construya una relación de confianza con la matrona.

En este estudio el 8.92% de las gestantes estaban expuestas a la violencia, cifra superior a otros trabajos, como sería por ejemplo los resultados de un estudio llevado a

cabo en Suecia, donde el 2% de las mujeres habían experimentado violencia durante el embarazo (Finnbogadóttir, Baird y Thies-Lagergren, 2020). Algunos trabajos concluyen que el embarazo es un factor de riesgo para la exposición a la VG (Baird, 2015; James, Brody y Hamilton, 2013; Lafaurie, 2015) o incluso que se puede convertir en más grave cuando ya existía previamente (Brownridge et al., 2011), a causa de factores tales como las preocupaciones financieras, la disminución de la disponibilidad física y emocional de la mujer durante el embarazo y/o las dudas sobre la paternidad (Bacchus, Mezey y Bewley, 2006). La OMS (2011) alude a que existe literatura contradictoria sobre si la VG aumenta o disminuye durante el embarazo. En este trabajo, de las mujeres expuestas a la VG, la violencia había iniciado previamente a la gestación en el 90% de los casos. Datos similares a los obtenidos por Finnbogadóttir et al. (2016), donde el 86.58% de las mujeres embarazadas que estaban expuestas a la VG, la violencia había iniciado previamente a la gestación. Un estudio multinacional de la OMS (2011) determina que la mayoría de las mujeres que denunciaron violencia física durante el embarazo también fueron golpeadas antes del mismo. En ese mismo sentido, según James et al. (2013), las mujeres embarazadas cuyas parejas ejercían VG previamente tenían cuatro veces más posibilidades de sufrirla durante el embarazo que las mujeres sin historia de VG previa, siendo por tanto la VG antes del embarazo el factor de riesgo más fuerte para predecirla durante el mismo (Islam et al., 2018; Wang et al., 2017).

En relación con el parto, los resultados del presente trabajo determinan que existe una prevalencia mayor de cesáreas y menor de partos eutócicos entre las mujeres expuestas a VG, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. La asociación entre VG y cesárea desaparece al ajustar otros factores explicativos, igual que en el trabajo de Velasco-Juez (2015). Sin embargo no sigue la línea de otras investigaciones (Faramarzi, Esmaelzadeh y Mosavi, 2005; Hassan et al., 2014; Shamu et al., 2018). No obstante, en los resultados que se presentan surgió un aumento de la prevalencia de complicaciones durante el parto significativamente mayor entre las mujeres expuestas a la violencia psicológica y alguna forma de violencia. En el caso de la exposición a violencia física, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa. Este hecho refuerza las teorías de cómo la violencia psicológica puede tener repercusiones no solo en la salud psicológica de la mujer, sino también en la física, debido al estrés y la somatización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012), siendo similar a los hallazgos de Ferdos et al. (2018), Martínez-Galiano (2017) o Rahman et al. (2013), donde la VG durante el

embarazo se asociaba a complicaciones tales como sangrado vaginal, infección o registros no tranquilizadores durante el trabajo de parto, entre otros.

En este estudio se halló una prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el puerperio entre las mujeres expuestas a la violencia física. En el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa. En este mismo sentido, la literatura disponible asocia la VG durante el embarazo con menor lactancia en el año posterior al nacimiento (Da Thi Tran, Murray y Van Vo, 2022) y con depresión postparto (Ahmad et al., 2018; Dahlen et al., 2018; Kornfeld et al., 2012). En el caso de la depresión posparto, puede derivar en problemas de vinculación afectiva con el/la recién nacido/a, que a su vez puede influir en su desarrollo madurativo (Nishigori et al., 2018; Taillieu, Brownridge y Brownell, 2021). De igual forma se ha determinado una asociación entre los síntomas de depresión materna y un aumento de los síntomas de depresión en la adolescencia (Chen, Cheung y Huang, 2022).

En este trabajo existen una serie de limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados: surge la reflexión acerca del posible sesgo de respuesta, es decir, aquellas mujeres que, a pesar de encontrarse en una situación de VG, deciden no revelarla falseando la cumplimentación del cuestionario. Por otra parte, el estudio no se ha cegado, puesto que se ha priorizado abordar las situaciones de VG e informar a las mujeres de los recursos disponibles. No obstante, ese hecho no ha modificado la asistencia durante el seguimiento del embarazo y los profesionales que prestaron asistencia al parto desconocían el resultado del cuestionario ISA.

Finalmente, de los resultados de esta investigación se plantean la siguiente línea futura de investigación: profundizar más en la asociación hallada entre exposición a la VG y las complicaciones del parto y el puerperio, mediante un estudio cualitativo recogiendo información a través de las narraciones de las mujeres expuestas a la VG.

CONCLUSIONES

La exposición a la VG tiene un impacto negativo en los resultados del parto y el puerperio, aumentando el riesgo de complicaciones del mismo. Sin embargo, no aumenta el riesgo de un parto mediante cesárea cuando se ajustan otros factores sociodemográficos explicativos. Por lo tanto, la detección precoz de la violencia de género durante el embarazo es fundamental para brindar a las mujeres un apoyo adicional e informar de los

recursos de ayuda para que ello pueda tener un impacto positivo en los resultados del nacimiento.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres gestantes por aceptar participar en este estudio y a las que han revelado su situación, también por su valentía. A las matronas por su dedicar su tiempo al desarrollo de este trabajo.

A la Universidad de Barcelona, al Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol y al Instituto Catalán de la Salud por su apoyo en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic. En: *Violence Against Women*. 2006, vol. 12, núm. 6, pp. 588-604.
- BROWNRIDGE, D. A., et al. *Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects*. En: *Violence Against Women*. 2006, vol. 17, núm. 7, pp. 858-881.
- CHEN, Y.; CHEUNG, S.; HUANG, C. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Effects of Maternal Depression Symptoms and Parenting on Teen Depression Symptoms. En: *J Interpers Violence*. 2022, vol. 37, núms, 9-10, pp. NP7034-NP7056.
- COLL-VINENT, B., et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. En: *Gaceta Sanitaria*. 2008, vol. 22, núm. 1, pp. 7-10.
- DA THI TRAN, T.; MURRAY, L.; VAN VO, T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016-2021. En: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022, vol. 22, núm. 1, p. 315.
- DAHLEN, H. G., et al. The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years. En: *BMJ Open*. 2018, vol. 8, núm. 4, p. e019566.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Macroencuesta de violencia contra la mujer. 2015. [Consulta: 18 de agosto de 2021]. Disponible en: www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- FERDOS, J., et al. Association between intimate partner violence during pregnancy and maternal pregnancy complications among recently delivered women in Bangladesh. En: *Aggressive Behavior*. 2018, vol. 44, núm. 3, pp. 294-305.
- FINNBOGADÓTTIR, H.; BAIRD, K.; THIES-LAGERGREN, L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. En: *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020, vol. 20, núm. 1, p. 183.
- FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A. K.; WANN-HANSSON, C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: A longitudinal cohort study in the south of Sweden. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016, vol. 16, núm. 1, pp. 1-10.
- GARCÍA-MORENO, C., et al. The health-systems response to violence against women. En: *The Lancet*. 2015, vol. 385, núm. 9977, pp. 1567-1579.
- GARNWEIDNER-HOLME, L. M., et al. Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better

- communication in South-East Norway. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017, vol. 17, pp. 1-10.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Instituto de Estadística de Cataluña*. 2017. [Consulta: 16 de octubre de 2021]. Disponible en: from <https://www.idescat.cat>
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol de Seguiment d'Embaràs a Catalunya (3a edició)*. 2018. [Consulta: 1 de enero de 2021]. Disponible en: www.academia.cat/files/204-6702-FITXER/ProtocolSeguimentEmbars2018.pdf
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE TREBALL AFERS SOCIALS I FAMÍLIES. *Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*. 2017. [Consulta: 19 de agosto de 2021]. Disponible en: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/DEST_columna_dreta/documents/Protocol-Marc-Maltractament-IA.pdf
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, et al. Violencia de género durante la gestación : asociación con la interrupción voluntaria del embarazo y complicaciones de salud neonatales Intimate partner violence during pregnancy as associated with voluntary abortions and neonatal health complications. En: *Matronas Profesion*. 2021, vol. 21, núm. 1, pp. 20-26.
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, M. A., GOBERNA-TRICAS, J., & PAYA-SANCHEZ, M. Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003-2017). En: *Aggression and Violent Behavior*. 2018, vol. 44, pp. 57-66.
- HASSAN, M., et al. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: Study in Iran. En: *Public Health*. 2014, vol. 128, núm. 5, pp. 410-415.
- ICART-ISERN, M.; FUENTE SAZ-GALLEGO, C.; PULPÓN-SEGURA, A. *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2006.
- JAMES, L.; BRODY, D.; HAMILTON, Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. En: *Violence & Victims*. 2013, vol. 28, núm. 3, pp. 359-380.
- JEFATURA DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. En: *Boletín Oficial del Estado*. 2018.
- KATAOKA, Y.; IMAZEKI, M. Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: a qualitative study of women in Japan. En: *BMC Women's Health*. 2018, vol. 18, núm. 75, pp. 1-9.
- KORNFELD, B. D., et al. Postpartum Depression and Intimate Partner Violence in Urban Mothers: Co-Occurrence and Child Healthcare Utilization. En: *The Journal of Pediatrics*. 2012, vol. 161, núm. 2, pp. 348-353.

- LAFaurie, M. M. Intimate partner violence against women during pregnancy : a critical reading from a gender perspective. En: *Revista Colombiana de Enfermería*. 2015, vol. 10, pp. 64-77.
- MARTÍN-DE-LAS-HERAS, S., et al. Propensity score analysis of psychological intimate partner violence and preterm birth. En: *Sci Rep*. 2022, vol. 12, núm. 1, p. 2942.
- MARTÍNEZ-GALIANO, J. M. Mother-newborn health indicators in possible victims of gender-based violence during pregnancy. *Applied Nursing Research*. 2017, vol. 34, pp. 48-51.
- MINISTERIO DE IGUALDAD. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *Por una sociedad libre de violencia de género*. 2021. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/home.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. [Consulta: 8 de agosto de 2021]. Disponible en: www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf
- NACIONES UNIDAS. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General*. 1993. [Consulta: 9 de Agosto de 2021]. Disponible en:
- NISHIGORI, H., et al. Mother-to-infant bonding failure and intimate partner violence during pregnancy as risk factors for father-to-infant bonding failure at 1 month postpartum: an adjunct study of the Japan Environment and Children's Study. En: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018, vol. 18, pp. 1-161.
- O'DOHERTY, L. J., et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. En: *BMJ*. 2014, vol. 348, p. g2913.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Intimate partner violence during pregnancy. 2011. [Consulta: 29 de agosto de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. [Consulta: 4 de abril de 2022]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women*. Disponible en: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS). *Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. 2001. [Consulta: 22 de octubre de 2021]. Disponible en: www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/132.pdf

- PEDUZZI, P., et al. A Simulation Study of the Number of Events per Variable in Logistic Regression Analysis. En: *Journal of Clinical Epidemiology*. 1996, vol. 49, núm. 12, pp. 1373-1379.
- PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; RUIZ-PÉREZ, I.; ESCRIBÁ-AGÜIR, V., et al. Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. En: *Journal of Women's Health*. 2009, vol. 18, núm. 4, pp. 499-506.
- RAHMAN, M., et al. Are survivors of intimate partner violence more likely to experience complications around delivery? Evidence from a national Bangladeshi sample. En: *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2013, vol. 18, núm. 1, pp. 49-60.
- SHAMU, S., et al. Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. En: *BMC Public Health*. 2018, vol. 18, núm. 595, pp. 1-10.
- SPRAGUE, S., et al. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. En: *Violence Against Women*. 2014, vol. 20, núm. 1, pp. 118-136.
- TAILLIEU, T.; BROWNRIDGE, D.; BROWNELL, M. Screening for intimate partner violence in the early postpartum period: Maternal and child health and social outcomes from birth to 5-years post-delivery. En: *Child Abuse Negl*. 2001, vol. 111, núm. 10.
- TAVARES DE LUCENA, K., et al. Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las Introducción. En: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017, vol. 25, p. e2901.
- UNICEF — COMITÉ ESPAÑOL. *Convención sobre los derechos del niño*. 2006. [Consulta: 18 de agosto de 2021]. Disponible en: www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf
- VELASCO-JUEZ, M. *Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía* [Tesis]. Granada: Universidad de Granada, 2015
- WANG, T., et al. Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in China: A systematic review and meta-analysis. En: *PLoS ONE*. 2017, vol. 12, núm. 10, pp. 1-17.

ATENCIÓN AL PARTO PLANIFICADO EN CASA ASISTIDO POR MATRONA/MATRÓN EN CHILE

Atenció al part planificat a casa assistit per una matrona a Chile

Care for Planned Home Birth Assisted by a Midwife in Chile

Loreto Beatriz Pantoja Manzanarez¹, Francisca Javiera Castillo Aguilera², Constanza Carolina Cornejo Olivares², Camila Tania Hidalgo Faúndez³

Autora correspondencia: Loreto Beatriz Pantoja Manzanarez

Correo electrónico: lpantoja@uchile.cl

1. Matrona, Magíster en Salud Pública, Profesora Asociada del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *(Santiago de Chile, Chile)*
2. Estudiante de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, *(Santiago de Chile, Chile)*
3. Matrona, Magíster en Salud Pública. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *(Santiago de Chile, Chile)*

Recibido: 25/01/2023 Aceptado: 31/03/2023



RESUMEN

Con la reintegración del protagonismo de las mujeres en procesos fisiológicos resurgió la idea del parto en domicilio. **OBJETIVO.** Describir los resultados obstétricos y perinatales del parto planificado en domicilio asistido por matronas de la Asociación Maternas Chile A.G., entre los años 2015-2021 en Chile. **MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio cuantitativo, observacional, transversal. **RESULTADOS.** La población estudiada fue de 847 mujeres; 742 tuvieron un parto en casa atendido por profesional matrona. Un 49,12% de las mujeres terminó con un periné indemne y un 8,54% tuvo complicaciones posparto, de ellas, un 2,13% debieron ser trasladadas a un centro asistencial. Los motivos de traslado más frecuentes no tuvieron relación estadística significativa con la edad materna ni paridad. Un 6,2% de los recién nacidos tuvieron un diagnóstico adicional. **CONCLUSIONES.** Los resultados de este estudio concuerdan con estudios internacionales que indican baja incidencia en morbi-mortalidad de los partos domiciliarios. Sin embargo, se hace imprescindible la instauración de políticas públicas y protocolos que establezcan directrices para esta atención y la necesidad de coordinación directa con la red asistencial, con el fin de favorecer los resultados maternos-fetales.

Palabras clave: Parto en casa; Parto domiciliario; Matronas; Parto planificado en domicilio.

RESUM

Amb la reintegració del protagonisme de les dones en processos fisiològics va ressorgir la idea del part en domicili. **OBJECTIU.** Descriure els resultats obstètrics i perinatals del part planificat en domicili assistit per matrones de l'Associació Maternes Xile A.G., entre els anys 2015-2021 a Xile. **MATERIAL I MÈTODE.** Estudi quantitatiu, observacional, transversal. **RESULTATS.** La població estudiada va ser de 847 dones; 742 van tenir un part a casa atès per professional matrona. Un 49,12% de les dones va acabar amb un perineu indemne i un 8,54% va tenir complicacions postpart, d'elles, un 2,13% degueren ser traslladades a un centre assistencial. Els motius de trasllat més freqüents no van tenir relació estadística significativa amb l'edat materna ni paritat. Un 6,2% dels nounats van tenir un diagnòstic addicional. **CONCLUSIONS.** Els resultats d'aquest estudi concorden amb estudis internacionals que indiquen baixa incidència en morbi-mortalitat dels parts domiciliaris. No obstant això, es fa imprescindible la instauració de polítiques públiques i protocols que estableixin directrius per a aquesta atenció i la necessitat de coordinació directa amb la xarxa assistencial, amb la finalitat d'afavorir els resultats maternos-fetals.

Paraules clau: part a casa; part domiciliari; matrones; part planificat en domicili.

ABSTRACT

With the reintegration of the leading role of women in physiological processes resurfaced the idea of home birth. **OBJECTIVE.** To describe the obstetric and perinatal outcomes of planned home birth assisted by midwives of the Asociación Maternas Chile A.G., between 2015-2021 in Chile. **MATERIAL AND METHOD.** Quantitative, observational and cross-sectional study. **RESULTS.** The population studied was 847 women; 742 had a home birth attended by a professional midwife. 49.12% of the women ended up with an unscathed perineum and 8.54% had postpartum complications, of which 2.13% had to be transferred to a health care center. The most frequent reasons for transfer had no statistically significant relationship with maternal age or parity. 6.2% of newborns had an additional diagnosis. **CONCLUSIONS.** The results of this study are consistent with international studies that indicate low incidence of morbidity and mortality of home births. However, it is essential to establish public policies and protocols that establish guidelines for this care and the need for direct coordination with the care network, in order to favor maternal-fetal outcomes.

Keywords: Home Birth; Midwives; Planned Home Birth.

INTRODUCCIÓN

La gestación y el parto son procesos que durante la historia han sufrido cambios en la forma como se ha llevado a cabo la atención. A finales del siglo XIX el parto se institucionalizó (Palharini et al., 2018), en conjunto con la profesionalización de su atención, formación universitaria de matronas y nuevas técnicas asépticas y obstétricas (OMS, 2019), que contribuyeron a la modificación de la atención del parto permitiendo mejorar las condiciones de salud y disminuir la morbimortalidad materna y neonatal (Sepúlveda et al., 2022).

Los esfuerzos por institucionalizar el parto no estuvieron exentos de efectos negativos, como es el caso del uso excesivo de intervenciones médicas en embarazos de bajo riesgo y la patologización del parto (Sepúlveda et al., 2022). Un ejemplo son los altos índices de cesáreas del informe *Panoramas de la Salud 2019 de la OCDE*, alcanzando cifras del 53% del total de nacimientos, ubicando a Chile como el tercer país con mayor índice de cesáreas (OECD, 2019), cifras superiores a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde la tasa idealmente no debería superar el 15% (Carreño et al., 2018).

Este efecto es cuestionado, por lo que en los últimos años se propusieron modelos que reintegran el protagonismo de gestantes y parturientas (Taheri et al., 2018), con el propósito de reducir la alta medicalización y contemplar a la mujer como sujeto de derecho (García et al., 2013). Así mismo, la OMS ha impulsado el acompañamiento con un enfoque integral por parte de los profesionales de salud, impulsando una experiencia positiva del parto (OMS, 2018).

Bajo esta nueva mirada resurgieron los deseos de gestantes de tener un parto domiciliario (Benyamini et al., 2017). La mayoría de los partos sucede en hospitales y un pequeño porcentaje de mujeres opta por el parto en domicilio acompañado por matronas (Ortega, et al., 2017). El porcentaje de partos en domicilio difiere entre los países donde se ha institucionalizado, encontrando un 0,1% en Suecia, 2,4% en Estados Unidos y hasta un 20% en Países Bajos (Ortega, et al., 2017). En Chile, según el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), se estima que durante el año 2018 el 0,1% de los partos tuvo lugar en el domicilio con atención profesional (INE, 2018). Sin embargo, se desconoce la cantidad de partos que efectivamente fueron planificados de esta manera.

Las motivaciones por las que las mujeres eligen un parto en domicilio se deben a varios factores, como la percepción de mayor comodidad, seguridad, control del acceso de personas al parto, autonomía, disminuir las intervenciones médicas, experiencias previas negativas en un hospital, entre otras (Descieux et al., 2017). Debemos tener en cuenta que las gestantes que pueden acceder a esta opción son mujeres que deben cumplir ciertos criterios (Ortega et al., 2017), como son embarazo de bajo riesgo, feto único, de término, presentación cefálica, $IMC \leq 30$ al inicio del embarazo, entre otras situaciones que estén exentas de riesgos (Alcaraz et al., 2018).

El derecho de acceso varía según política, geografía, economía y temas de salud entre países. En Inglaterra, Canadá, Australia y Países Bajos existen protocolos y cobertura por el sistema de salud respecto al parto domiciliario; sin embargo, otros países, incluyendo Chile, no cuentan con la misma realidad (Rodríguez y Goberna, 2021). Actualmente en Chile el acceso a un parto domiciliario no posee cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA) ni del Sistema Privado de Salud (ISAPRE) (Rodríguez y Goberna, 2021), por lo que la población solo puede acceder a esta opción de forma independiente y con modalidad de pago particular (Asociación Maternas Chile A.G., 2021).

Dado que en Chile no se encuentra regularizado, en términos legales, las matronas se ajustan a lo señalado en el Código Sanitario artículo 117, en el cual se definen las competencias de la profesión de matrona que comprenden la atención del embarazo, parto y puerperio normales además del recién nacido sin indicar explícitamente el lugar, por lo que permitiría a matronas/es poder asistir legalmente los partos en domicilio (Ministerio de Salud, 1968).

Desde el año 2010 existe la Asociación Maternas Chile A.G., una asociación gremial de matronas que acompaña a mujeres en partos planificados en domicilio, basándose en la evidencia e incorporando guías y protocolos internacionales adaptados a la realidad nacional. Este escenario ha permitido a algunas mujeres chilenas la opción de tener un acompañamiento del parto en su propio hogar (Asociación Maternas Chile A.G., 2021).

Los resultados del parto domiciliario son controversiales. Por un lado, nueva evidencia asegura que los partos planificados en domicilio poseen beneficios tales como menores tasas de depresión posparto y cuadros de ansiedad (Gómez et al., 2019), mayor probabilidad de que el parto se desencadene espontáneamente y menores probabilidades de recibir intervenciones médicas respecto a hospitales (Escuriet et al., 2014). Las tasas

de morbilidad y mortalidad neonatal serían similares que en un hospital (Escuriet et al., 2014). Incluso aseguran que el parto en casa es tan seguro como el parto en un recinto hospitalario para mujeres de bajo riesgo y atendido por profesionales (Dahlen, 2019), y habría menor tasa de morbilidad materna en cuanto a hemorragia posparto, infecciones y laceraciones perineales. En relación con los beneficios neonatales habría mayor tasa de lactancia materna exclusiva en los nacimientos de casa. En consecuencia, habría mayor satisfacción relacionada con el parto en el hogar dado por un entorno con más comodidad y mayor control de la experiencia (Rosi y Prefumo, 2018).

En contraste, otros autores no recomiendan la planificación de partos domiciliarios, pues aseguran que existe mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal (Carvajal, 2017). También existiría un incremento del riesgo materno en mujeres con patologías y mayor riesgo neonatal, ya sea en tasa de mortalidad neonatal, bajas puntuaciones de Apgar, convulsiones neonatales (Grünebaum et al., 2015), distrés respiratorio, fallos en la reanimación y aspiración meconial, por lo que ellos advierten que el riesgo aumentado en las complicaciones es evitable con un parto intrahospitalario (Dos Santos et al., 2020).

A la fecha no hay consenso en los resultados obtenidos en la madre y recién nacido cuando se vive un parto en domicilio acompañado por una matrona. Es por esta razón que es importante dar a conocer los resultados de esta experiencia en Chile, que aporte evidencia para generar estrategias de afrontamiento de este modelo de atención.

El objetivo de este estudio es describir los resultados obstétricos y perinatales del parto planificado en domicilio asistido por matronas pertenecientes a la Asociación Maternas Chile A.G., entre los años 2015-2021 en Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio tiene un diseño observacional descriptivo transversal.

La información fue recogida desde los registros de la base de datos electrónica perteneciente a la Asociación Maternas Chile A.G., cuyos datos fueron elaborados a partir de las atenciones realizadas en domicilio por parte de las matronas pertenecientes a la asociación.

Maternas Chile es una asociación gremial de matronas que busca defender el derecho de la mujer a parir dónde, cuándo y con quién ella desee y por lo tanto proteger la opción

de parir en casa bajo la asistencia de matronas/matrones con formación profesional universitaria. Las o los profesionales asociadas/os se concentran principalmente en la zona central del país, específicamente en la región de Valparaíso y región Metropolitana, las cuales concentran más de la mitad de la población total de Chile. Los criterios de inclusión y exclusión están basados en protocolos, guías y recomendaciones internacionales actualizadas, que establecen que las mujeres que se les puede atender el parto en casa son aquellas que cursen una gestación fisiológica en el ámbito materno y perinatal, control prenatal adecuado, edad gestacional entre 37 y 41 semanas y 6 días, presentación cefálica y una estimación de peso dentro de los límites normales establecidos por ecografía y con condiciones sanitarias básicas en el domicilio.

La muestra analizada se constituye de 847 partos desde enero del 2015 hasta diciembre del 2021, de los cuales se analizaron características sociodemográficas e indicadores maternos y perinatales de las mujeres que recibieron dicha atención.

En el análisis las variables continuas fueron descritas por promedio, desviación estándar y percentiles; comparadas con el periodo de nacimiento mediante un análisis de varianza y la comparación múltiple de Dunnett. Las variables categóricas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La comparación entre los años de registro se hizo utilizando el test de independencia de Chi-2. Las principales causas de traslado fueron asociadas con la edad y el número de parto mediante un análisis de regresión logística binaria. Todos los intervalos de confianza fueron de nivel de 95% y se utilizó una significación estadística del 5%. Los datos fueron procesados en STATA 16.0

Aspectos éticos

La información fue entregada por la Asociación Maternas Chile A.G., con el objeto de la utilización de su base de datos para el desarrollo de este estudio, resguardando la identidad de las usuarias registradas y de las profesionales que acompañaron cada parto. Lo anterior sin fines lucrativos ni incentivos monetarios de por medio.

A pesar de que las investigadoras no tuvieron contacto con la población en estudio, puesto que este se basa en el análisis de datos secundarios, este protocolo se envió al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile para su revisión y aprobación (acta 228-2021).

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 847 mujeres, de las cuales 742 (87,60%) tuvieron parto en casa y 105 (12,40%) tuvieron que ser trasladadas a un recinto hospitalario para tener su parto.

El perfil sociodemográfico de las mujeres demostró que la edad promedio es de 30 años. Las profesiones que más se presentaron fueron relacionadas con el arte (13,54%), ciencias sociales (13,18%) y dueñas de casa (10,64%). El 62,46% de los partos se concentran en la Región Metropolitana de Chile, seguida por la Región de Valparaíso con un 23,97%. Dentro de la Región Metropolitana la mayoría de los partos se concentra entre la zona centro (49,34%) y zona oriente (19,09%) de la ciudad de Santiago (**Tabla 1**).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica del total de mujeres que planificaron su parto en casa con atención profesional

Variable		Año							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Edad (años)	Mínimo	20	19	19	19	23	19	22	19
	Máximo	39	39	44	42	42	41	42	44
	Media	29,81	29,01	30,46	30,65	31,61	30,33	31,94	30,42
	D.E	4,10	4,48	4,70	4,64	4,17	4,58	4,49	4,56
		n (%)							
Ocupación	Dueña de casa	17 (17,89)	17 (9,71)	14 (11,02)	12 (10,62)	12 (11,32)	11 (9,91)	5 (5,00)	88 (10,64)
	Profesión relacionada al arte	21 (22,11)	28 (16,00)	11 (8,66)	16 (14,16)	16 (15,09)	13 (11,71)	7 (7,00)	112 (13,54)
	Profesión relacionada a las ciencias sociales	10 (10,53)	24 (13,71)	15 (11,81)	13 (11,50)	16 (15,09)	13 (11,71)	18 (18,00)	109 (13,18)
	Otros	47 (49,47)	106 (60,58)	87 (68,51)	72 (63,72)	62 (58,5)	74 (66,67)	70 (70)	518 (62,64)
Región de residencia	Valparaíso	6 (6,32)	37 (20,67)	37 (28,68)	27 (22,88)	30 (27,52)	42 (37,17)	24 (23,08)	203 (23,97)
	Metropolitana	80 (84,21)	123 (68,72)	70 (54,26)	81 (68,64)	72 (66,06)	55 (48,67)	48 (46,15)	529 (62,46)
	Otras	9 (9,47)	19 (10,61)	22 (17,06)	10 (8,48)	7 (6,42)	16 (14,16)	32 (30,77)	115 (13,57)
Zona (exclusiva de RM)	Sur	10 (12,50)	7 (5,69)	10 (14,29)	14 (17,28)	7 (9,72)	5 (9,09)	8 (16,67)	61 (11,53)
	Centro	49 (61,25)	84 (68,29)	41 (58,57)	26 (32,10)	24 (33,33)	21 (38,18)	16 (33,33)	261 (49,34)
	Oriente	9 (11,25)	23 (18,70)	7 (10,00)	23 (28,40)	19 (26,39)	10 (18,18)	10 (20,83)	101 (19,09)
	Otros	12 (15,00)	9 (7,32)	12 (17,14)	18 (22,22)	22 (30,56)	19 (34,55)	14 (29,17)	106 (20,04)

D.E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje, RM: Región Metropolitana.

Del total 63,9% eran multíparas y un 36,1% eran primigestas (**Tabla 2**). Un 29,04% de las mujeres padecían alguna enfermedad durante su embarazo, dentro de las patologías maternas más frecuentes están cicatriz de cesárea anterior (CCA) (28,46%), infección por Estreptococos Grupo B (22,76%), hipotiroidismo (13,01%), anemia (10,98%) y diabetes gestacional (9,35%); además, 37 mujeres (15,04%) tenían más de una patología concomitante.

Tabla 2. Antecedentes obstétricos del total de mujeres que planificaron su parto en casa con atención profesional

Variable		Año								
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
Edad gestacional (semanas)	Mínimo	37	37	36	37	36	36	37	36	
	Máximo	42	42	41	42	42	42	41	42	
	Media	39,4	39,3	39	39,3	39,4	38,9	39,2	39,2	
	D.E	1,18	1,12	1,13	1,16	1,54	1,54	0,92	1,8	
		n (%)								
Paridad	N° de gestaciones	1	40 (43,48)	70 (44,03)	44 (38,26)	29 (26,85)	24 (26,37)	35 (38,04)	26 (30,59)	268 (36,12)
		2	38 (41,30)	59 (37,11)	44 (38,26)	51 (47,22)	38 (41,76)	36 (39,13)	40 (47,06)	306 (41,24)
		3 o más	14 (15,22)	30 (18,86)	28 (23,48)	29 (25,93)	21 (31,87)	25 (22,83)	19 (22,35)	178 (22,64)
	N° de partos	0	43 (46,74)	79 (49,69)	47 (40,87)	38 (35,19)	31 (34,07)	41 (44,57)	31 (44,57)	310 (41,78)
		1	37 (40,22)	58 (36,48)	47 (40,87)	50 (46,30)	40 (43,96)	39 (42,39)	40 (47,06)	311 (41,91)
		2 o más	12 (13,04)	22 (13,83)	21 (18,26)	20 (18,51)	20 (21,97)	12 (13,04)	14 (8,37)	121 (16,31)
	N° de abortos	0	90 (96,84)	146 (92,18)	106 (92,25)	91 (84,75)	70 (77,06)	77 (82,30)	71 (82,69)	651 (87,25)
		1 o más	3 (3,16)	14 (7,82)	10 (7,75)	18 (15,25)	25 (22,94)	20 (17,70)	18 (17,31)	108 (12,75)
	Presencia de patología concomitante	Sí	19 (20)	38 (21,23)	40 (31,01)	37 (31,36)	30 (27,52)	43 (38,50)	39 (37,50)	246 (29,04)
		No	76 (80)	141 (78,77)	89 (68,99)	81 (68,64)	79 (72,48)	70 (61,95)	65 (62,50)	601 (70,96)
Número de patologías	1	18 (94,74)	35 (92,11)	36 (90)	33 (89,19)	21 (70)	35 (81,40)	31 (79,49)	209 (84,96)	
	2 o más	1 (5,26)	3 (7,89)	4 (10)	4 (10,81)	9 (30)	8 (18,60)	8 (20,51)	37 (15,04)	

N°: número, Med: media, D.E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje.

La duración media del trabajo del parto fue 6,76 horas. Un 87,18% de las mujeres utilizó medidas no farmacológicas para el manejo del dolor. Del total, un 58,8% tuvo la compañía de otra matrona o una doula. Dentro de los medicamentos más utilizados se encuentran antibióticos (29,38%), anestésicos locales (24,17%) y uso de oxitocina (15,17%) (**Tabla 3**).

Tabla 3. Características del trabajo de parto del total de mujeres que planificaron su parto en casa con atención profesional

Variable		Año							Total
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Duración trabajo de parto (horas)	Mínimo	1	0,2	0,1	0,5	1	1	1	0,1
	Máximo	45	43	38	36	36	31	26	45
	Media	7,45	7,39	6,25	5,49	7,27	6,91	6,22	6,76
	D.E	8,18	5,86	5,91	4,94	6,05	5,16	4,70	5,91
		n (%)							
Uso de medicamento	Si	16 (16,84)	26 (14,61)	33 (26,83)	39 (34,21)	36 (33,64)	42 (37,50)	41 (40,59)	233 (28,07)
	No	79 (83,16)	152 (85,39)	90 (73,17)	75 (65,79)	71 (66,36)	70 (62,50)	59 (58,42)	596 (71,81)
Uso de medidas no farmacológicas para el dolor	Si	71 (74,74)	127 (72,16)	108 (85,71)	113 (98,26)	101 (94,39)	107 (99,07)	94 (94,00)	721 (87,18)
	No	24 (25,26)	49 (27,84)	18 (14,29)	2 (1,74)	6 (5,61)	1 (0,93)	6 (6,00)	106 (12,82)
Presencia de ayudante	Sin ayudante	35 (36,84)	69 (38,55)	58 (44,96)	36 (30,51)	21 (19,27)	16 (14,41)	11 (10,89)	246 (29,22)
	Otra matrona	14 (14,74)	36 (20,11)	28 (21,71)	44 (37,29)	45 (41,28)	67 (60,36)	62 (61,39)	296 (35,15)
	Doula	43 (45,26)	54 (30,17)	29 (22,48)	28 (23,73)	23 (21,10)	9 (8,11)	14 (13,86)	200 (23,75)
Traslado a centro asistencial en preparto	No	92 (96,84)	159 (88,83)	115 (89,15)	108 (91,53)	91 (83,49)	92 (81,42)	85 (81,73)	742 (87,60)
	Si	3 (3,16)	20 (11,17)	14 (10,85)	10 (8,47)	18 (16,51)	21 (18,58)	19 (18,27)	105 (12,40)

De los 742 partos atendidos en casa, el 22,10% se realizó en agua. Las posiciones más comunes fueron cuclillas (36,25%), cuatro apoyos (20,75%) y de pie (9,57%). Del total de mujeres, el 49,12% tuvo un periné indemne, mientras que el 43,05% tuvo un desgarro grado 1, solo al 0,54% se les realizó una episiotomía. El 8,54% de mujeres tuvieron complicaciones en el posparto, tales como inercia uterina (20,83%), hemorragia posparto (16,67%), rotura prematura de membrana (12,5%), retención placentaria (12,5%), entre otras (Tabla 4).

Tabla 4. Características del parto y post parto inmediato de las mujeres que tuvieron su expulsivo en casa

Variable		Año							Total
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Partos en casa	n	92	159	115	108	91	92	85	742
	(%)	(96,84)	(88,83)	(89,15)	(91,53)	(83,49)	(81,42)	(81,73)	(100)
Duración expulsivo (minutos)	Mínimo	2	3	1	2	3	3	3	1
	Máximo	180	240	300	480	300	300	480	480
	Media	40,04	44,87	32,10	41,74	51,32	50,92	53,20	44,40
	D.E	41,87	50,05	42,38	67,95	62,11	56,55	71,51	56,39
		n (%)							
Parto en agua	Si	15 (16,30)	32 (20,13)	24 (20,87)	21 (19,44)	17 (18,68)	33 (35,87)	22 (25,88)	164 (22,10)
	No	77 (83,70)	127 (79,87)	91 (79,13)	87 (80,56)	74 (81,32)	59 (64,13)	63 (74,12)	578 (77,90)
Posición del parto	4 apoyos	16 (17,39)	27 (16,98)	24 (20,87)	19 (17,59)	20 (21,98)	21 (22,83)	28 (31,76)	154 (20,75)
	Cuclillas	46 (50)	71 (44,65)	44 (38,26)	34 (31,48)	27 (29,67)	26 (28,26)	21 (24,71)	269 (36,25)
	De pie	5 (5,43)	14 (8,81)	7 (6,09)	16 (14,81)	10 (10,99)	11 (11,96)	8 (9,41)	71 (9,57)
	Sentada con apoyo	3 (3,26)	14 (8,81)	14 (12,17)	13 (12,04)	9 (9,86)	8 (8,70)	9 (10,59)	70 (9,43)
	Sentada en tina/piscina	9 (9,78)	13 (8,18)	12 (10,43)	12 (11,11)	6 (6,59)	11 (11,96)	7 (8,24)	70 (9,43)
	Otras	13 (14,14)	20 (12,57)	14 (12,18)	14 (12,97)	19 (20,91)	15 (16,29)	12 (15,29)	108 (14,62)
	Periné	Indemne	59 (63,44)	85 (53,46)	65 (56,52)	54 (50)	36 (39,56)	42 (45,65)	23 (27,71)
	Desgarro grado I	31 (33,33)	69 (43,40)	44 (38,26)	42 (38,89)	41 (45,05)	42 (45,65)	50 (60,24)	319 (43,05)
	Desgarro grado 2	3 (3,23)	3 (1,89)	6 (5,22)	10 (9,26)	11 (12,09)	7 (7,61)	10 (12,05)	50 (6,75)
	Desgarro grado 3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,85)	2 (2,20)	0 (0)	0 (0)	4 (0,54)
	Episiotomía	0 (0)	2 (1,26)	0 (0)	0 (0)	1 (1,10)	1 (1,09)	0 (0)	4 (0,54)
Traslado post parto		6 (6,32)	5 (2,79)	1 (0,78)	3 (2,54)	0 (0)	2 (1,77)	1 (0,96)	18 (2,13)
Complicación materna	Si	1 (1,15)	6 (3,90)	6 (5,26)	12 (11,32)	14 (15,38)	11 (12,22)	12 (14,29)	62 (8,54)
	No	86 (98,85)	148 (96,10)	108 (94,74)	94 (88,68)	77 (84,62)	79 (87,78)	72 (85,71)	664 (91,46)

D. E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje.

En total 105 mujeres (12,5%) fueron trasladadas a un centro asistencial durante el trabajo de parto y 18 mujeres (2,13%) en el posparto. Los motivos de traslado que más se presentaron durante el trabajo de parto fueron por dolor (18,8%) y dilatación estacionaria (9,4%); la resolución de los partos de estos traslados resultó en un 49,53% con parto de término vértice espontáneo (PTVE), 45,71% cesárea y 4,76% fórceps. En paralelo, los traslados del posparto

se dieron por placenta retenida (35,29%), metrorragia posparto (11,76%) y alumbramiento incompleto (11,76%).

A partir de los motivos de traslado más frecuentes se realizó una asociación con la edad y paridad. Esta asociación no fue significativa estadísticamente para ninguna de las dos variables (Tabla 5).

Tabla 5. Motivos de traslado más comunes y su relación con la edad materna y paridad

Variables			Edad materna		Paridad	
	freq (n: 117)	%	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Dolor	22	18,80	0,93 (0,84-1,03)	0,17	1,04 (0,48-2,25)	0,93
Dilatación estacionaria	13	11,11	0,95 (0,84-1,08)	0,46	1 (0,38-2,65)	1,00
Dilatación estacionaria con dolor	11	9,40	0,87 (0,76-1,01)	0,60	0,59 (0,16-2,41)	0,46
Líquido amniótico con meconio	8	6,84	0,96 (0,82-1,12)	0,59	0,41 (0,06-2,99)	0,38
Expulsivo prolongado	9	7,69	0,98 (0,84-1,15)	0,83	1,08 (0,36- 3,25)	0,89
Distocia fetal	7	5,98	0,96 (0,82-1,13)	0,65	0,47 (0,07-3,41)	0,46
Placenta retenida	6	5,13	1,24 (0,99-1,55)	0,06	1,56 (0,53-4,60)	0,42

Freq: frecuencia, %: porcentaje, OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza, p: p valor.

Respecto a los recién nacidos en casa, tuvieron un peso medio de 3415 gramos, una talla media de 50,3 cm y una circunferencia craneana media de 35 cm. El Apgar de los recién nacidos en promedio fue de 9; obteniendo un 99,32% de recién nacidos con un Apgar normal (puntaje 7-10), y solo un 0,27% de los recién nacidos tuvo una depresión neonatal severa. Respecto a la relación del peso con la edad gestacional, resultó que el 87,87% era adecuado para la edad gestacional (AEG). En relación con el contacto piel con piel, el promedio fue mayor a tres horas (Tabla 6).

Se registraron 46 recién nacidos (6,2%) con una observación adicional al diagnóstico debido a la condición de salud posterior al nacimiento, entre las más frecuentes se encuentran 9 (1,21%) recién nacidos que presentaron distrés respiratorio transitorio, 7 (0,94%) que presentaron depresión respiratoria neonatal, 7 (0,94%) con hipoglicemia neonatal y otros 7 (0,94%) que presentaron ictericia que requirió de tratamiento. Otras complicaciones que se reportaron fueron dificultad en el acople (0,26%), fractura de clavícula (0,13%), asfixia neonatal (0,13%), apnea neonatal (0,13%), entre otras. En el año 2017, se registró una muerte de un neonato de cuatro días de vida por enterocolitis necrotizante que se encontraba

hospitalizado por una hipoglicemia a las veinticuatro horas de vida. Además, en el año 2018, se registró otra muerte neonatal a las horas de vida por una hemorragia cerebral, este recién nacido fue trasladado a un centro asistencial inmediatamente posterior al nacimiento, falleciendo a su llegada al recinto.

Tabla 6. Resultados neonatales de los recién nacidos de mujeres que tuvieron su expulsivo en casa

Variable			Año							
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Sexo	Masc.	n (%)	51 (55,43)	63 (39,62)	61 (53,04)	50 (46,30)	45 (49,45)	45 (50,60)	42 (50,60)	357 (48,24)
	Fem.	n (%)	41 (44,57)	96 (60,38)	54 (46,96)	58 (53,70)	46 (50,55)	47 (51,09)	41 (49,40)	383 (51,76)
Peso (g)	Mínimo		2480	2500	2165	2500	2390	2420	2600	2165
	Máximo		4650	4360	4460	4330	4325	4300	4610	4650
	Media		3371,2	3333,2	3420,8	3480,9	3408,4	3436,1	3528,6	3416,5
	D.E		426,5	388,4	386,8	432,4	363,2	383,9	360,2	396,3
Talla (cm)	Mínimo		47	45	44	45	46	46	47	44
	Máximo		55	55	55	56	54	55	56	56
	Media		50,6	49,8	50,0	50,6	50,2	50,4	50,8	50,3
	D.E		1,7	1,6	1,8	2,1	1,7	1,8	1,8	1,8
CC (cm)	Mínimo		32	31	31	32	32	32	33	31
	Máximo		37	38	38	38	39	38	38	39
	Media		35,0	34,7	34,7	35,0	34,9	34,6	35,1	34,8
	D.E		1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2
Apgar	1 min	Mín	7	2	7	2	7	6	5	2
		Máx	10	10	10	10	10	10	10	10
		Med	9,0	8,9	8,9	8,8	8,9	8,8	8,8	8,9
		D.E	0,3	0,7	0,5	0,8	0,4	0,5	0,7	0,6
	5 min	Mín	8	4	8	5	9	8	8	4
		Máx	10	10	10	10	10	10	10	10
		Med	9,8	9,7	9,7	9,7	9,7	9,6	9,5	9,7
	D.E	0,4	0,6	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,6	
Dg.	AEG	n (%)	74 (81,32)	138 (87,90)	105 (91,30)	88 (84,62)	82 (90,11)	83 (90,22)	75 (90,36)	645 (87,99)
	PEG	n (%)	11 (12,09)	13 (8,28)	5 (4,35)	5 (4,81)	3 (3,30)	2 (2,17)	2 (2,41)	41 (5,59)
	GEG	n (%)	6 (6,59)	6 (3,82)	5 (4,35)	11 (10,58)	6 (6,59)	7 (7,61)	6 (7,23)	47 (6,41)
Contacto piel con piel (min)	Mín		15	0	60	10	60	0	60	0
	Máx		Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo	Continuo
	Med		137,1	146,1	205,6	215,3	227,1	256,4	220,5	195,3
	D.E		93,5	147,9	220	230,9	230,9	257,2	209,4	204,3

Mín: mínimo, Máx: máximo, Med: media, D.E: desviación estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje, Fem: femenino, Masc: masculino, g: gramos, cm: centímetros, min: minutos, dg: diagnóstico, Obs: observación. AEG: adecuado para la edad gestacional, PEG: pequeño para la edad gestacional, GEG: grande para la edad gestacional, continuo: no se separó de su madre.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran una baja tasa de morbimortalidad materna y neonatal en partos domiciliarios atendidos por profesional matrona, reflejado en indicadores tales como Apgar neonatal, requerimiento de traslado a centro asistencial, complicaciones maternas, entre otros.

La mortalidad materna asociada al parto en este estudio fue 0 durante el periodo estudiado. Sin embargo, se requiere un mayor número de mujeres con partos en casa para determinar la tasa de mortalidad. A pesar de ello, la mortalidad materna al año 2017 en Chile era 13 por cada 100.000 nacidos vivos, la cual sigue siendo baja en comparación a otros países de Sudamérica (Grupo Banco Mundial, 2017). A su vez, se registraron 2 muertes neonatales, ambas ocurridas en recintos hospitalarios. A pesar de que no podemos determinar la tasa exacta de mortalidad neonatal, al parecer sería similar a la de nivel nacional durante el año 2020 de 4 por cada 1.000 nacidos vivos (Grupo Banco Mundial, 2020). Sin embargo, se hace latente la necesidad de coordinación institucionalizada integrada de estos partos con el nivel terciario de atención, pues cerca del 14,5% de las mujeres y/o recién nacidos de este estudio requirió traslado a centro asistencial. La evidencia apunta a que el parto planificado en domicilio asistido por matronas es seguro en gestantes de bajo riesgo, en países con altos ingresos económicos, que cuentan con sistemas integrados y donde existe regulación del parto domiciliario (Hutton et al., 2019; Dahlen, 2019). En Chile no existe regulación del parto en domicilio, ni tampoco un sistema integrado de servicios que permita un traslado oportuno en casos de urgencia. Debido a esto, cuando ocurre una urgencia que requiere de traslado, se adhiere a la Ley de Urgencias, la cual proporciona asistencia médica en el servicio de urgencia más cercano ya sea público o privado (FONASA, 2022); sin embargo, no contempla el traslado, el cual debe realizarse de forma particular o integrarse al modelo de sistema de emergencias que rige en el país (SAMU, 2022), conllevando un inconveniente cuando surge una emergencia.

Por otro lado, al comparar el perfil sociodemográfico de las mujeres de este estudio con el perfil nacional, la edad de las madres es idéntica a la edad materna promedio en Chile, que según el INE el promedio nacional oscila entre los 20 y 34 años. Adicionalmente, la mayoría de las mujeres en este estudio tenían una ocupación activa versus a un 10% de mujeres que eran dueñas de casa, a diferencia de la realidad nacional, en que el 40% de las mujeres indicaron ser dueñas de casa (INE, 2018). Por tanto, las

mujeres que en Chile optarían por partos en casa son mayoritariamente activas profesionalmente. Respecto a la ubicación geográfica donde ocurrieron los partos, considerando las regiones en donde Asociación Maternas Chile A.G. entrega su atención, se concentran en la región Metropolitana (RM) y la región de Valparaíso, siendo la RM donde hay más incidencia de partos en domicilio. Esto en parte se justifica porque en la RM se encuentra la ciudad de Santiago, capital de Chile, lugar que posee la mayor población del territorio del país (Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, 2022). La zona centro y zona oriente de la RM son los lugares con mayor cantidad de partos en domicilio, que agrupan las comunas de Santiago con menor prioridad social, es decir, tienen la mejor condición socioeconómica de la RM (Gajardo, 2020), además de tener los niveles de desarrollo más altos del territorio nacional (Bonivento et al., 2020). En suma, son mujeres con un nivel económico y educacional mayor las que escogen este modelo por preferencias del entorno del parto y para evitar la medicina convencional, pues cuestionan el modelo institucional, por lo que prefieren buscar otras opciones (Descieux et al., 2017), además de tener los medios para otro tipo de atención. Esto reafirma lo que señalan estudios internacionales según los cuales mujeres con mayor nivel socioeconómico y educacional optarían por partos en casa (Zielinski et al., 2015).

Como ya se señaló, el pago del parto en casa en Chile se realiza de manera particular, lo que conlleva que solo las mujeres y familias que tienen suficientes medios económicos puedan acceder a esta atención, mientras que las mujeres que no cuentan con dichos medios estén destinadas a asistir a un centro asistencial. Además, el valor de esta atención no está establecido, por lo que solo queda a consideración de la profesional matrona que realizará dicha atención. Lo anterior es considerado una inequidad, pues desde el enfoque de derechos, finalmente no todas las mujeres podrían optar por el lugar y la forma en que se desarrollarían sus partos.

Uno de los criterios básicos para un parto en casa es la edad gestacional a término (Alcaraz et al., 2018). Sin embargo, en este estudio se presentaron gestaciones desde las 36 semanas. Aun así, no es recomendable la realización de partos en domicilio con menos de 37 semanas, pues las complicaciones asociadas al parto prematuro corresponden principalmente a mayor morbilidad neonatal, siendo el 35% de muertes a nivel mundial, además de mayores requerimientos médicos y monitorización que poseen estos recién nacidos (Mendoza et al., 2016).

En este estudio, más del 50% de las mujeres que decidieron planificar su parto en domicilio era múltipara, por lo que podríamos pensar que las razones por las que las mujeres optan por un parto domiciliario se pueden relacionar con experiencias previas, respondiendo a la necesidad de buscar experiencias positivas de nacimiento y evitar la sobremedicalización obstétrica (Binfra et al., 2022; Troncoso et al., 2022). Como ya sabemos, la paridad es un predictor de resultados perinatales, y sería interesante para un estudio futuro estratificar los resultados perinatales según paridad para conocer el impacto que habría en ellos, y si existen diferencias significativas entre los partos en casa y hospitalarios según la paridad de las mujeres (Hutton et al., 2019).

Las mujeres que tuvieron parto en casa en este estudio fueron de bajo riesgo a pesar de presentar patologías preexistentes o propias de la gestación. En un estudio realizado en Estados Unidos se señala que la presencia de patologías fue menores en las mujeres que tuvieron un parto en casa versus las que tuvieron un parto en hospital (Snowden et al., 2015). Esto se debe a los criterios que se utilizan para determinar las candidatas a un parto en casa, los cuales también son utilizados por la Asociación Maternas Chile A.G., que evalúa la condición de cada gestante y si presenta un riesgo para realizar el parto domiciliario, derivando a todas las mujeres que no son candidatas a un centro asistencial, disminuyendo significativamente las mujeres con parto en casa con patologías concomitantes.

La mayor parte de mujeres manejó el dolor con técnicas no farmacológicas, las cuales fueron favorables para el manejo del dolor sin requerir traslado por necesidad de anestesia epidural. Hay que considerar que no todas las mujeres desean recibir medicamentos para el manejo del dolor en su trabajo de parto, por esta razón hay mujeres que optan por parto en casa. Además, habría mayor preparación de las gestantes para aliviar el dolor con técnicas no farmacológicas (Zielinski et al., 2015). Dado que en tiempos recientes el parto se ha considerado un proceso patológico que requiere el uso de variadas intervenciones médicas (Conrad y Waggoner, 2014), muchas mujeres, tratando de evitar esta situación, ven en esta opción un espacio para ser atendidas con menores intervenciones y tener un proceso más fisiológico.

El tiempo de trabajo de parto depende de diversos factores. Aunque la literatura asegura que parir en casa aumenta la posibilidad de partos espontáneos (Alcaraz et al., 2018; Gómez et al., 2019), se hace difícil comparar los tiempos de trabajo de parto entre estudios y asegurar que hay diferencias significativas entre el parto en casa y partos en

recintos hospitalarios, ya que este estudio no estratifica según algunos elementos que podrían incidir en la variabilidad de los tiempos como la paridad, la conducción del parto, entre otras situaciones, las cuales son más comunes en un recinto hospitalario con el fin de reducir los tiempos de trabajo de parto, por lo que realizar una comparación no sería verídica.

Las mujeres que planean su parto en casa tienen tres veces más posibilidades de tener un parto vaginal, disminuyendo la probabilidad de cesáreas y partos instrumentalizados (Scarf et al., 2018). Lo que explica que una gran proporción de las mujeres que planificó un parto en casa terminara en un parto vaginal. En este estudio se atendieron 742 partos vaginales en casa, de los cuales un 22,1% se realizaron en agua. A los partos en agua se les atribuyen varios beneficios tanto para la madre como para el recién nacido a nivel físico, emocional y obstétrico; existe un efecto analgésico y reducción en la tensión del suelo pélvico que permite adoptar posiciones más cómodas, que a su vez contribuye a disminuir los traumatismos perineales (Alcaraz et al., 2018; Tejeda et al., 2018). Sin embargo, otros autores difieren totalmente señalando que aumenta el riesgo de traumatismo perineal debido a que disminuye la adaptación de la presión de la musculatura perineal, además habría más riesgos perinatales, como la exposición a una rotura accidental de cordón y aspiración de agua por inmersión (Romero et al., 2018).

Las preferencias posturales que adoptaron las mujeres durante el expulsivo fueron mayormente cuclillas y 4 apoyos, alcanzando más del 50% de las mujeres de este estudio. Esto en contraposición con un estudio que establece que más del 80% de las mujeres que tienen sus partos intrahospitalariamente tiene su expulsivo en posición de litotomía (Herrera, 2006). Es conocido que las posturas verticales o no supinas favorecen la ampliación de los diámetros pélvicos, favoreciendo así la expulsión del feto, y disminuye alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que se puede deducir que la libertad de movimientos en los partos ocurridos en casa favorece los resultados maternos y fetales (García y Jiménez, 2017).

En conjunto a estos factores, se disminuye el riesgo de traumatismo perineal. En este estudio, casi la mitad de las mujeres resultaron con un periné indemne y la otra mitad tuvo un desgarro en diferente grado, mayoritariamente grado I. Menos del 10% tuvo un desgarro grado III y IV, mientras que menos de 1% se realizó una episiotomía. Se estima que alrededor del 31% de las mujeres en el mundo tienen un desgarro en diferente grado, un 65% corresponde a un parto vaginal (Muñoz et al., 2022). Estos hallazgos son

congruentes con otros estudios que señalan que hay menos probabilidades de sufrir desgarros perineales de grado III y IV, además de menores posibilidades de requerir episiotomía cuando se tiene un parto domiciliario versus al parto hospitalario (Reitsma et al., 2020). Esto es beneficioso, pues un menor índice de desgarros perineales se asocia a menores complicaciones a corto y largo plazo (Herrera y Pillajo, 2018). El pronóstico de los desgarros III y IV es reservado debido la relación que existe con las complicaciones sépticas y riesgo de incontinencia anal (MINSAL, 2015). Por tanto, prevenir y disminuir la incidencia de traumatismos perineales mejora la calidad de vida y disminuye complicaciones de las mujeres (Narvaez et al., 2018).

Si comparamos lo anterior con lo observado a nivel institucional en Chile, el nivel de intervenciones es menor en mujeres atendidas en casa, en comparación con mujeres de bajo riesgo atendidas en maternidades en Chile (Binfa et al, 2016).

Las complicaciones más frecuentes en las mujeres son la hemorragia posparto a causa de inercia uterina, restos placentarios, alteraciones de la coagulación o lesiones del tracto genital. Se estima que 150.000 mujeres en el mundo mueren a consecuencia de hemorragias posparto (MINSAL, 2015). Las complicaciones maternas del posparto más comunes en este estudio son inercia uterina, retención placentaria y hemorragia posparto no especificada, lo que concuerda con las complicaciones más frecuentes en el ámbito intrahospitalario. Aunque existen estudios los cuales no indican diferencias significativas entre las hemorragias posparto en partos en casa en comparación a los partos domiciliarios (Scarf et al., 2018), otros estudios demuestran que estas complicaciones tienen una menor probabilidad cuando el parto ocurre en casa, en suma, sería menos probable de recibir transfusiones de sangre y disminuye la probabilidad de desarrollo de *shock* (Zielinski et al., 2015).

A pesar del deseo de las mujeres por tener un parto en casa, hay situaciones en las cuales debe trasladarse a un centro asistencial, es por esto por lo que cada parto planificado en casa se debe tener un plan de traslado al centro asistencial de mayor complejidad más cercano. En el caso de este estudio, 123 mujeres fueron trasladadas. Los motivos más comunes fueron dolor, dilatación estacionaria, líquido amniótico con meconio, expulsivo prolongado, distocia fetal y placenta retenida. Esto coincide con los motivos de traslado mencionados en la *Guía de asistencia al parto en casa* publicada en el año 2018, la cual indica que la situación de traslado más frecuente es la necesidad de analgesia epidural, seguida por situaciones no tranquilizadoras en la condición fetal o

materna, además de otras situaciones que requieren traslado asociadas a presentaciones atípicas, falta del descenso fetal, partos estacionarios en cualquier fase, necesidad neonatal e incluso por deseo materno (Alcaraz et al., 2018). Al analizar estos motivos relacionados con la edad materna y paridad no existe una relación causal según la edad materna o paridad y la necesidad de traslado.

De acuerdo con los resultados perinatales y neonatales obtenidos en este estudio, las características antropométricas en los pesos, tallas y circunferencias craneales promedio de los recién nacidos son las esperadas para la población chilena. Asimismo, se realiza una adecuación del peso a la edad gestacional según las curvas antropométricas Alarcón y Pittaluga (Milad et al., 2010). Los resultados de esta adecuación dependen de varios factores que inciden en el crecimiento intrauterino durante la gestación, y en este caso no tiene que ver con el lugar del trabajo de parto y parto (Milad et al., 2010). Sin embargo, el Apgar nos da información sobre la adaptación del recién nacido en los primeros minutos de vida. En este estudio el promedio de Apgar fue mayor a 8 al minuto y mayor a 9 a los 5 minutos, concentrando la mayoría de recién nacidos en una puntuación normal. Esto equivale a otros estudios que señalan que al tener un parto en casa se tiene puntajes de Apgar más altos y menor incidencia de reanimación neonatal (Hutton et al., 2019).

El tiempo de contacto piel con piel en un parto en casa se ve favorecido, pues al no requerir traslados de unidades ni intervenciones por otro personal sanitario el recién nacido puede permanecer más tiempo junto a su madre. Debido a la tecnologización, se incrementa la separación precoz del recién nacido de su madre, disminuyendo los índices de lactancia durante la primera hora de vida y perjudicando el vínculo emocional (Lavanderos et al., 2021). Además, en los partos hospitalarios en los recintos que se permite apego, este no supera las 2 horas (Lavanderos et al., 2021), a diferencia de los partos en domicilios registrados en este estudio en donde el tiempo promedio fue mayor a 2 horas, por lo que el parto en domicilio favorece en mayor medida el apego, la lactancia precoz y con ello el vínculo madre e hijo/a.

Las complicaciones neonatales de este estudio no superan el 7% y, dentro de las complicaciones más prevalentes, se presentaron síndrome de *distress* respiratorio transitorio, hiperbilirrubinemia a los 2 días de vida e hipoglicemia. Esto concuerda con estudios en donde se evidencia que son las complicaciones más comunes en recién nacidos de término (Armandans et al., 2010), independientemente del lugar en donde nacen. Estas patologías tienen buen pronóstico si se hacen intervenciones oportunas.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones de este estudio se contempla que los resultados obstétricos y perinatales solo fueron descritos por variables consignadas en la base de datos, lo que otorga un análisis limitado de variables.

CONCLUSIONES

Actualmente se cuenta con una baja cantidad de estudios nacionales, de modo que en el presente estudio se brindan datos más actuales de Chile, proporcionados por Asociación Maternas Chile A.G., con el objetivo de visibilizar los resultados de los partos en domicilio acompañados y asistidos por profesionales capacitados que protegen el bienestar materno y neonatal.

Es urgente consolidar la calidad y seguridad de la atención del parto en domicilio, basado en estándares internacionales, brindando cuidados maternos y neonatales adecuados y respetuosos, considerando los derechos reproductivos, la autonomía de las familias, su pertinencia cultural y ejerciendo prácticas obstétricas de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible. Asimismo, progresar en la instauración de sistemas integrados de salud obstétrica, para que las mujeres que deseen esta opción puedan hacerlo de forma segura y su acceso sea equitativo.

En conclusión, los hallazgos en este estudio son similares a estudios internacionales que señalan resultados perinatales y maternos favorables cuando ocurre un parto en casa asistido por un/a profesional competente en mujeres de bajo riesgo. Es recomendable que para aseverar que estos resultados sean comparables con los partos hospitalarios se realicen estudios comparativos con grupos control.

AGRADECIMIENTOS

A la Asociación Maternas Chile A.G. por su interés en nuestro estudio y facilitarnos los datos necesarios para su realización. A la Universidad de Chile por su apoyo en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCARAZ, Lucia, et al. *Guía de asistencia al parto en casa* [en línea]. 2018. [Consulta: 28 de julio de 2022]. Disponible en: www.maternaschile.com/files/ugd/ca9000_36265651a2d241eeb4c01bf01e323512.pdf
- ARMADANS, M., et al. Morbilidad en Recién Nacidos de Término en Relación a su Edad Gestacional. En: *Rev. chil. pediatr.* 2010, vol. 81, núm. 5, pp. 402-408.
- ASOCIACIÓN MATERNAS CHILE A.G. [Consulta: 15 de agosto de 2021]. Disponible en: www.maternaschile.com/informacion-actualizada.
- BENYAMINI, Yael, et al. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. En: *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2017, vol. 30, núm. 5, pp 424-430.
- BINFA, L., et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. En: *Midwifery*. 2015, vol. 35, pp. 53-61.
- BINFA, L., et al. *La sobre medicalización del Parto y Nacimiento en Chile*. Santiago, Chile: Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile, 2022.
- BONIVENTO, J., et al. *Índice de desarrollo comunal* [en línea]. Chile: Universidad autónoma de Chile, 2020. Disponible en: https://media.elmostrador.cl/2020/09/V7_digital.pdf
- CARREÑO, Barbara, et al. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. En: *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018, vol. 83, núm. 4, pp. 415 - 425.
- CARVAJAL, Jorge. Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. En: *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2017, vol. 82, núm. 2, pp. 94-95.
- CONRAD, P.; WAGGONER, M. Medicalization. En: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. American Cancer Society, 2014, pp. 1448-1452. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118410868>.
- DAHLEN, Hannah. Is it time to ask whether facility bases birth is safe for low-risk women and ther babies? En: *EClinicalMedicine*. 2019, vol. 14, pp. 9-10.
- DESCIEUX, Katie, et al. Why Women choose home birth: A narrative review. En: *MAHEC online journal of research*. 2017, vol. 3, núm. 2.
- DOS SANTOS, Gabriela, et al. Dificultades de la asistencia en el nacimiento domiciliario desde la perspectiva de las enfermeras obstétricas. En: *Rev. baiana enferm*. 2020, vol. 34.
- ESCURIET, Ramon, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En: *Matronas Prof*. 2014, vol. 15, núm. 2, pp. 62-70.
- ESTEBAN-SEPÚLVEDA, Silvia, et al. The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification. En: *Enfermería clinica (English Edition)*. 2022, vol. 32, núm. 1, pp. S14-S22.

- FONASA. *Ley de urgencia. Gobierno de Chile*. 2022. Disponible en: www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/ley-de-urgencia
- GAJARDO S. *Región Metropolitana de Santiago. Índice de Prioridad Social de Comunas 2020. Seremi de Desarrollo Social y Familia Metropolitana. Área de Estudios e Inversiones Seremi de Desarrollo Social y Familia R.M., 2021*. Disponible en: [https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/boletin_interno/INDICE_DE_PRIORIDAD_SOCIAL_2020\(1\).pdf](https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/boletin_interno/INDICE_DE_PRIORIDAD_SOCIAL_2020(1).pdf)
- GARCÍA, Dailys; DÍAZ, Zoe; ACOSTA, Marlen. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. En: *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013, vol. 39, núm. 4, pp. 718-732.
- GARCÍA, M; JIMÉNEZ, C. Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería [Trabajo fin de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina, 2017. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680296/garcia_hernandez_mariatfg.pdf?sequence=1
- GOBIERNO REGIONAL METROPOLITANO DE SANTIAGO. *Datos Geográficos* [en línea]. 2022 Disponible en: www.gobiernosantiago.cl/datos-geograficos/
- GÓMEZ, A.; DÍAZ-JIMÉNEZ, D.; SOMAVILLA, C. Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual. En: *SANUM*. 2019, vol. 3, núm. 3, pp. 6-15.
- GRÜNEBAUM, Amos, et al. Perinatal risks of planned home births in the United States. En: *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015, vol. 212, núm. 3, p. e1-6.
- GRUPO BANCO MUNDIAL. *Tasa de mortalidad materna (por cada 1000 nacidos vivos) - Chile* [en línea]. Banco Mundial, 2017. [Consulta: 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?locations=CL>
- GRUPO BANCO MUNDIAL. *Tasa de mortalidad neonatal (estimado mediante modelo, por cada 1000 nacidos vivos) - Chile* [en línea]. Banco Mundial. [Consulta: 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?locations=CL>
- HERRERA, B., et al. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica [en línea]. En: *Matronas Prof*. 2006, vol. 7, núm. 1, pp. 27-33.
- HERRERA, D.; PILLAJO, D. *Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio gineco-obstetricia del hospital Carlos Andrade Marín*. [Tesis doctoral]. 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15380/TESIS%20TOTAL%20FINANCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- HUTTON, E. K., et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to

- give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. En: *EClinicalMedicine*. 2019, vol. 25, núm. 14, pp. 59-70.
- INE. *Estadísticas vitales* [en línea]. 2018. [Consulta: 28 de julio de 2022] Disponible en: <https://redata-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EV&lang=esp>.
- LAVANDEROS, S.; DÍAZ-CASTILLO, C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. En: *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2021, vol. 86, núm. 6, pp. 563-572.
- MENDOZA, L., et al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. En: *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2016, vol. 81, núm. 4, pp. 330-342.
- MILAD, M., et al. Recomendación sobre Curvas de Crecimiento Intrauterino. En: *Rev. chil. pediatr.* 2010, vol. 81, núm. 3, pp. 64-274.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *DFL 725. Decreto 725* [en línea]. 1968. [Consulta: 25 septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>.
- MINSAL. *Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio*. 2015, pp. 58-129. Disponible en: www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
- MUÑOZ, R., et al. Desgarro perineal, posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. En: *Medisur*. 2022, vol. 20, núm. 3, pp. 402-408.
- NARVÁEZ, P., et al. Desgarros perineales. En: *Rev. Obstet. Ginecol.* 2018, vol. 13, núm. 1, pp. 25-30.
- OECD. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing. 2019. [Consulta: 25 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Mortalidad materna*. 2019. [Consulta: 25 de agosto de 2021]. Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. OMS, 2018. [Consulta: 13 de agosto de 2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ORTEGA, E., et al. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa [en línea]. En: *Ene*. 2017, vol. 11, núm. 1.
- PALHARINI, Luciana Aparecida; DE MENDONÇA FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. En: *Historia, ciencias, saude—Manguinhos*. 2018, vol. 25, núm. 4, pp. 1039-1061.
- REITSMA, A., et al. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who

- intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. En: *EClinicalMedicine*. 2020, vol. 5, p. 100319.
- RODRÍGUEZ-GARRIDO, P.; GOBERNA-TRICAS, J. *Birth cultures: A qualitative approach to home birthing in Chile*. En: *PLoS One*. 2021, vol. 16, núm. 4.
- ROMERO, S., et al. Parto acuático: complicaciones y beneficios más relevantes respecto al parto vaginal convencional. En: *Revisión Integradora. Agora de salud*. 2018, vol. 5, pp. 289-298.
- ROSI, Cristina; Prefumo Federico. Parto en el hogar planificados versus partos planificados en el hospital en mujeres con embarazos de bajo riesgo: una revisión sistemática de metaanálisis. En: *EJOG*. 2018, vol. 222, pp. 102-108.
- SAMU. *Modelo de atención del SAMU Metropolitano*. SAMU, 2022. Disponible en: <https://samu.cl/modelo-de-atencion-samu-metropolitano/>
- SCARF, V., et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. En: *Midwifery*. 2018, vol. 62, pp. 240-255. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818300974
- SNOWDEN, J., et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. En: *N Engl J Med*. 2015, vol.373, pp. 2642-2653.
- TAHERI, Mahshid, et al. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. En: *Reproductive health*. 2018, vol. 15, núm, 1, pp. 73.
- TEJEDA, Christian, et al. Trauma perineal: parto acuático versus parto convencional en Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango en la Ciudad de México. En: *Rev. sanid. mil*. 2018, vol. 72, núm. 2, pp. 125-132.
- TRONCOSO-ESPINOZA, P. V.; FIGUEROA-LASSALLE, C. F. Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. En: *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022, vol. 87, núm. 2, pp. 137-44.
- ZIELINSKI, R., et al. Parto domiciliario planificado: beneficios, riesgos y oportunidades. En: *Int J Salud de la Mujer*. 2015, vol. 7, pp. 361-77.

UNA REVISIÓN DEL IMPACTO EMOCIONAL DE LA PÉRDIDA PERINATAL PREVIA EN UN EMBARAZO POSTERIOR

Una revisió de l'impacte emocional de la pèrdua perinatal prèvia en un embaràs posterior

A Review of the Emotional Impact of Prior Perinatal Loss On a Subsequent Pregnancy

Marta de Gracia de Gregorio¹

Correo electrónico: marta2189@hotmail.com

1. Psicóloga especialista en psicología clínica (vía P.I.R.). Parc de Salut Mar (*Barcelona, España*).

Recibido: 11/03/2023 Aceptado: 14/04/2023



RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Se cree que volver a quedar embarazada después de una pérdida perinatal aliviará el dolor de los padres y borrará los recuerdos tristes. Sin embargo, el embarazo después de la pérdida perinatal se reconoce cada vez más como un período de tiempo psicológicamente estresante. **OBJETIVO.** Profundizar en cómo una experiencia estresante y potencialmente traumática podría marcar la salud emocional de las mujeres en un futuro embarazo. **MÉTODO.** Se realizó una revisión bibliográfica a través de la base de datos PUBMED en el primer trimestre de 2023. Las palabras clave para la búsqueda fueron las siguientes: «*pregnancy*», «*perinatal loss*», «*grief*». **RESULTADOS.** Los estudios revisados muestran una línea común en cuanto a la repercusión emocional de una pérdida perinatal previa en los posteriores embarazos. Los estudios muestran puntuaciones altas de ansiedad y depresión en un siguiente embarazo, tras una pérdida perinatal. También hay un aumento de visitas prenatales como una forma de afrontar la ansiedad de comprobar el bienestar fetal. En la formación del vínculo prenatal, las mujeres embarazadas tras la pérdida perinatal demoraron la formación del apego como un mecanismo de autoprotección emocional. **CONCLUSIONES.** Una pérdida perinatal es una experiencia en la vida de la mujer que no deja indiferente a nivel psicológico. Es una experiencia vital con gran repercusión emocional y que afecta a los siguientes embarazos. Autores recomiendan a los sanitarios preguntar a las mujeres sobre sus pérdidas previas y cómo se sienten en el embarazo actual. Esta postura empática alienta una relación colaborativa entre sanitario y paciente.

Palabras clave: pérdida perinatal; embarazo posterior; duelo perinatal; revisión bibliográfica.

RESUM

INTRODUCCIÓ. Es creu que tornar-se a quedar embarassada després d'una pèrdua perinatal alleujarà el dolor dels pares i esborrarà els records tristos. No obstant això, l'embaràs després d'una pèrdua perinatal es reconeix cada vegada més com un període de temps psicològicament estressant. **OBJECTIU.** Aprofundir en com una experiència estressant i potencialment traumàtica, podria marcar la salut emocional de les dones en un futur embaràs. **MÈTODE.** Es va realitzar una revisió bibliogràfica en les bases de dades PUBMED, en el primer trimestre de 2023. Les paraules clau per a la cerca van ser les següents: «*pregnancy*», «*perinatal loss*», «*grief*». **RESULTATS.** Els estudis revisar mostren una línia comuna quant a la repercussió emocional d'una perduda perinatal prèvia en els posteriors embarassos. Els estudis mostren puntuacions altes d'ansietat i depressió en un següent embaràs, després d'una pèrdua perinatal. També hi ha un augment de visites prenatales com una manera d'afrontar l'ansietat de comprovar el benestar fetal. En la formació del vincle prenatal, les dones embarassades després de la pèrdua perinatal, van demorar la formació de la vinculació, com un mecanisme d'autoprotecció emocional. **CONCLUSIONS.** Una pèrdua perinatal és una experiència en la vida de la dona que no deixa indiferent a nivell psicològic. És una experiència vital amb gran repercussió emocional, i que afecta els següents embarassos. Autors recomanen als sanitaris preguntar a les dones sobre les seves pèrdues prèvies i com se senten en l'embaràs actual. Aquesta postura empàtica encoratja una relació col·laborativa entre sanitari i pacient.

Paraules clau: pèrdua perinatal; embaràs posterior; dol perinatal; revisió bibliogràfica.

ABSTRACT

BACKGROUND. Many believe that becoming pregnant again after a perinatal loss will ease a parent's grief and wipe away the sad memories of loss. However, pregnancy after perinatal loss is increasingly recognized as a psychologically stressful period. **OBJECTIVE.** To delve into how a stressful and potentially traumatic experience could mark the emotional health of a woman in a future pregnancy. **METHOD.** A bibliographic review was made in the Pubmed online databases in first trimester of 2023. The keywords for the search were the following: «*pregnancy*», «*perinatal loss*», «*grief*». **RESULTS.** The reviewed studies show a common line regarding the emotional impact of a previous perinatal loss on subsequent pregnancies. Studies show high anxiety and depression scores in a subsequent pregnancy, after a perinatal loss. There is also an increase in prenatal visits to check on fetal well-being. In the formation of the prenatal bond, pregnant women after the perinatal loss, delayed the formation of attachment, as a mechanism of emotional self-protection. **CONCLUSIONS.** A perinatal loss is an experience in a woman's life that does not leave her indifferent on a psychological level. It is a vital experience with great emotional repercussion and affects subsequent pregnancies. Authors recommend that health workers ask women about their previous losses and how they feel in the current pregnancy. This empathic stance encourages a collaborative relationship between healthcare provider and patient.

Keywords: Perinatal Loss; Subsequent Pregnancies; Grief; Bibliographic Review.

INTRODUCCIÓN

La pérdida perinatal sigue ocurriendo a pesar de los avances en la tecnología obstétrica y neonatal. Según el Fondo Internacional de Emergencia para los Niños de las Naciones Unidas, la tasa de mortalidad neonatal en todo el mundo es de 20 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y representa el 60% de la mortalidad infantil (UNICEF, 2015). La pérdida perinatal se define como la experiencia de perder a un hijo antes o poco después del nacimiento. Las formas más comunes de pérdida perinatal son aborto espontáneo, muerte fetal, muerte neonatal, o la experiencia de la pérdida de un bebé después del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) antes del primer aniversario de vida.

El duelo es un proceso individual de respuesta normal a la pérdida, que supone un profundo sufrimiento mental y emocional, en respuesta a la experiencia subjetiva de la pérdida de algo significativo. En el caso de una pérdida perinatal, la angustia emocional puede constar de tres componentes (Barr, 2006):

- **Dolor activo:** refleja el sufrimiento primario, la soledad y el dolor por la pérdida del bebé.
- **Dificultad de afrontamiento:** generalmente consiste en aislamiento social, dificultades a enfrentarse a las actividades diarias o el trato con otras personas.
- **Desesperación:** se refleja en sentimientos de inutilidad, desesperanza e impotencia.

Según estos autores, la dificultad de afrontamiento y la desesperación son factores predictores de dolor crónico.

El proceso de duelo por una muerte no se completa dentro de un marco de tiempo específico y, para algunos, nunca se completa. El período de dolor agudo de emociones intensas que irrumpen e impiden las actividades cotidianas generalmente se reemplaza por un dolor más integrado. A medida que se integra la pena, la persona aún extrañará a su ser querido, experimentará tristeza y tendrá recuerdos, pero podrá reanudar su vida cotidiana. Esta transición y regreso a las funciones y actividades habituales no tienen un tiempo específico. Muchas personas encuentran la manera de mantenerse en contacto con la persona fallecida a través de objetos físicos, a través de legados vivos que honran al difunto, o mantienen vivos los recuerdos de otras maneras. Por tanto, las respuestas y experiencias del duelo son altamente idiosincrásicas (Moore, 2011).

La pérdida de cualquier embarazo por aborto espontáneo, embarazo ectópico, muerte fetal o muerte neonatal se presenta como una crisis de vida importante para cualquier mujer y tiene implicaciones de gran alcance en las aspiraciones futuras de una pareja. Esta crisis de la vida comprende muchas pérdidas, entre las que se incluyen la pérdida del embarazo, la pérdida de esperanzas y sueños futuros, la pérdida de la autoestima, la pérdida de la función parental prevista (Lamb, 2002). El duelo perinatal plantea un desafío único en el sentido de que las mujeres y sus parejas sufren la pérdida de un futuro imaginado con un hijo. Este duelo tiene características únicas puesto que ocurre en un momento que generalmente se asocia con alegría y se enfoca hacia el futuro. Con la pérdida de un bebé en el periodo gestacional o un neonato, los sueños y las esperanzas de la pareja se disuelven.

El apoyo social se considera uno de los factores más importantes para ayudar a las madres y parejas en duelo a lidiar con su dolor. Los padres en duelo buscan el reconocimiento de su dolor y aprecian su validación cuando la obtienen. No obstante, no es poco frecuente que el entorno familiar y social de la pareja a menudo crea que es un dolor pasajero y ponen la esperanza de que un nuevo embarazo pueda llenar ese vacío. Estas creencias erróneas hacen que los padres se sientan aislados de sus redes de apoyo social al no sentirse comprendidos. Esta sensación de pérdida, más los tabúes sociales que rodean a la muerte perinatal, da como resultado que una pareja lamente la pérdida de su embarazo en silencio y en aislamiento. A menudo sienten que exponer sus sentimientos en un entorno que invalida su dolor, al creerlo pasajero, les perjudica. Es por eso por lo que, en muchas ocasiones, las madres ocultan sus emociones y tratan de ser optimistas en público como forma de proteger una vulnerabilidad no comprendida. La falta de reconocimiento social y familiar de una pérdida se conoce como «duelo desautorizado», en el cual se niega la afirmación del significado del embarazo y les priva del apoyo comúnmente asociado con otras pérdidas (Moore, 2011).

Durante muchos años, el sistema de atención de la salud consideró estas pérdidas como sucesos físicos menores que se corregían médicamente y no requerían un seguimiento cercano. Además, hasta la década de 1980, la pérdida de embarazo muy temprana se consideraba un evento aún menos significativo que la pérdida de embarazo tardío. Los últimos 10 a 20 años han provocado un aumento en la cantidad de estudios relacionados con los efectos psicológicos de las mujeres que experimentan pérdida perinatal. El profundo impacto emocional y psicológico que esta pérdida puede tener en

el futuro de una mujer, incluido el efecto en embarazos posteriores, no se tenía en cuenta. Hasta hace poco, la investigación sobre el impacto de una pérdida perinatal previa en un embarazo posterior era escasa (Lamb, 2002).

Planear otro embarazo después de lidiar con una pérdida perinatal es difícil y está plagado de ambivalencia, dudas e inseguridades. A pesar de esta ambivalencia, la mayoría de las investigaciones indican que entre el 50% y el 60% de estas mujeres quedan embarazadas dentro del año después de una pérdida perinatal (Lamb, 2002). La literatura es inconsistente en cuanto a cuán pronto las parejas deberían considerar la planificación de un siguiente embarazo y los efectos que estos embarazos tienen sobre el dolor de la pareja, como el síndrome del niño de reemplazo o el síndrome del niño vulnerable.

Los estudios de Lamb (2002) explican que el síndrome del niño de reemplazo fue descrito por primera vez en 1964 por Barbara Cain. Se caracteriza por que los padres utilizan otro embarazo y bebé subsiguientes como una sustitución del bebé que perdieron anteriormente. Una variante de este síndrome es el síndrome del niño vulnerable, que fue descrito por Green y Solnit en 1964. Es un concepto utilizado para describir una distorsión de las percepciones maternas del niño acerca de su salud y fragilidad, que conduce a una sobreprotección similar al síndrome del niño de reemplazo, pero que resulta en dificultades con la separación y la individualización a medida que el niño crece.

Otro fenómeno que tampoco está completamente documentado es el de la crianza de los hijos después de una pérdida perinatal previa y los efectos que dicha pérdida tiene en los comportamientos parentales. Las hipótesis que se manejan es que los problemas de duelo no resuelto, los episodios pasados de depresión y ansiedad, así como el síndrome de reemplazo o de niño vulnerable, influyen en habilidades y patrones de crianza ineficaces (Lamb, 2002).

Nombrar, ver y sostener a su bebé, así como generar recuerdos físicos, ayuda a los padres a identificar a ese hijo o hija fallecido como un individuo, independientemente de su corta vida, y a enfrentar la pena (Al-Maharma et al., 2013).

El propósito de este trabajo es explorar la literatura acerca de las implicaciones psicológicas que tiene presentar antecedentes de muerte perinatal en los siguientes embarazos.

MATERIAL Y MÉTODOS

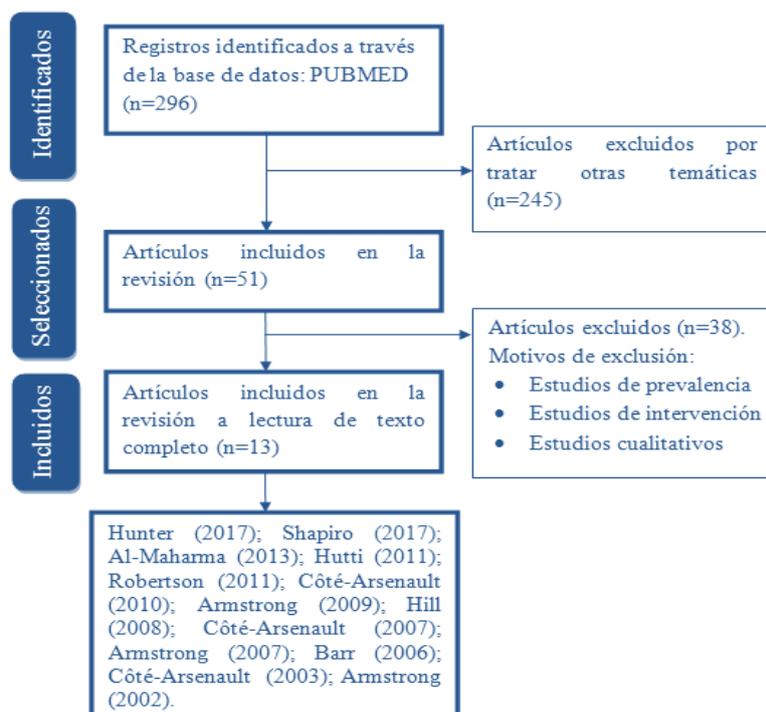
El diseño empleado en este estudio es el de una revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda exhaustiva en una base de datos Pubmed en el primer trimestre de 2023.

Los descriptores empleados en inglés están incluidos en el Mesh: «*Perinatal los*», «*subsequent pregnancies*», «*grief*». Se utilizó como enlace los operadores «AND» y «OR».

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta en la selección de los artículos y su posterior análisis fueron: artículos claramente relacionados con los objetivos del trabajo, publicados con posterioridad al año 2000 y escritos en inglés.

Se identificaron 296 artículos. Tras la lectura del título, 245 fueron excluidos por tratar sobre otras temáticas. De los artículos seleccionados por título, se realizó una lectura completa del texto, excluyendo aquellos que no se ajustaban al objetivo de este trabajo (por ejemplo, se trataban de estudios de prevalencia, estudios de intervención psicológica, estudios cualitativos). Tras la valoración de la adecuación de los trabajos, trece artículos cumplieron los criterios de inclusión. De los artículos incluidos, se realizó una lectura crítica y elaboración de los resultados. Ver **Figura 1** donde se muestra el flujo de información a través de las diferentes fases de la revisión.

Figura 1. Flujo de información a través de las diferentes fases de la revisión



RESULTADOS

Con los trece artículos seleccionados, se elaboró una tabla donde se clasificaron teniendo en cuenta las siguientes variables: autoría y año de publicación, tipo de diseño, objetivos, resultados y conclusiones (**Tabla 2**).

Tabla 2. Resumen de los artículos analizados				
Autoría y año	Tipo de diseño	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Hunter et al. (2017)	Metaanálisis	Generar tamaños de efecto para la presencia de ansiedad, depresión y estrés para las mujeres y sus parejas tras una pérdida perinatal, en relación con los grupos control.	Se identificaron 19 estudios, donde hubo una asociación entre la pérdida perinatal y el aumento de la ansiedad y los niveles de depresión en embarazos posteriores. Sin embargo, los niveles de estrés no se vieron afectados significativamente durante los embarazos después de la pérdida perinatal. El tipo de pérdida perinatal no afectó a los niveles de ansiedad de las mujeres durante los embarazos posteriores, pero sí afectó a los niveles de depresión.	La atención eficaz es importante, ya que las experiencias de pérdida perinatal pueden tener implicaciones a largo plazo para las mujeres, sus parejas y sus hijos (incluidos los nacidos después de la pérdida perinatal) en términos de apego, relaciones familiares y bienestar emocional y físico.
Shapiro et al. (2017)	Estudio de cohorte prospectivo	Medir las asociaciones entre los embarazos pasados (nacimientos prematuros vivos, nacimientos a término, abortos espontáneos previos a las 20 semanas de gestación, muerte fetal por encima de las 20 semanas y aborto electivo) y ansiedad en un embarazo posterior en los tres trimestres.	El parto a término previo de bebé vivo, se asoció con una menor ansiedad específica del embarazo en los tres trimestres. Un aborto espontáneo previo se asoció significativamente con una mayor ansiedad específica del embarazo en el primer trimestre. La muerte fetal previa se asoció con una mayor ansiedad específica del embarazo en el tercer trimestre. El aborto electivo previo se asoció significativamente con puntuaciones más altas de ansiedad durante el embarazo en el primer y segundo trimestres, con una asociación de magnitud similar asociada en el tercer trimestre.	Los resultados sugieren que los resultados de embarazos previos deben incorporarse, junto con las características demográficas y psicosociales, en los modelos conceptuales que enmarcan la ansiedad del embarazo.

Al-Maharma et al. (2013)	Estudio correlacional descriptivo de corte transversal	Examinar la relación entre el duelo materno por la pérdida perinatal previa y la percepción de apego hacia los bebés nacidos posteriormente en el siguiente embarazo.	Hubo una relación negativa significativa entre la intensidad del dolor por la pérdida y el nivel de apego.	Los sanitarios deben tratar a las madres en duelo para facilitar la adaptación positiva al embarazo y paternidad posteriores, ya que podrían estar en riesgo de desarrollar trastornos de apego.
Robertson et al. (2011)	Estudio de cohorte longitudinal	Examinar el grado en que los síntomas de depresión y ansiedad asociados con una pérdida previa persistieron después de un embarazo exitoso posterior.	No encontraron evidencia de que los síntomas afectivos asociados con la pérdida prenatal previa se resuelvan con el nacimiento de un niño sano. Más bien, la pérdida prenatal previa mostró una predicción persistente de los síntomas depresivos y ansiedad mucho después de lo que convencionalmente se definiría como el período postnatal.	La depresión y la ansiedad asociadas con una pérdida prenatal previa muestran un patrón persistente que continúa después del nacimiento de un niño (sano) posterior. Las intervenciones dirigidas a mujeres con pérdida prenatal previa pueden mejorar los resultados de salud de las mujeres y sus hijos.
Hutti et al. (2011)	Estudio de cohorte longitudinal	Evaluar la influencia de la pérdida perinatal previa, la ansiedad y los síntomas depresivos, el impacto de la pérdida previa, en la utilización de la atención de la salud materna durante el embarazo y los períodos posteriores al parto.	Las madres con antecedentes de pérdida perinatal previa utilizaron más recursos de atención médica en el embarazo posterior en comparación con los controles sin pérdida perinatal. La utilización de la atención de la salud durante el embarazo se asoció con un aumento de la ansiedad materna y síntomas depresivos después del nacimiento.	Las madres con antecedentes de pérdida perinatal previa pueden intentar hacer frente a su ansiedad en el embarazo y la depresión en el postparto temprano con solicitudes de recursos adicionales de atención médica.

Côté-Arsenault et al. (2010)	Estudio descriptivo	Comprender las relaciones entre la asignación de la personalidad fetal (consideración de feto o bebé) y la influencia de esta asignación sobre la ansiedad estado y la ansiedad por embarazo en un embarazo posterior.	La asignación de personalidad se relacionó significativamente con la ansiedad específica del embarazo y con la edad gestacional de la primera pérdida, pero no con la ansiedad estado.	Es esencial que los sanitarios pregunten a las mujeres sobre sus pérdidas previas y cómo se sienten en el embarazo actual. Esta postura empática alienta una relación colaborativa entre sanitario y paciente para enfrentar y manejar las preocupaciones relacionadas con el embarazo que surgen durante los embarazos después de la pérdida.
Armstrong et al. (2009)	Estudio de cohorte	Evaluar la influencia a largo plazo de una pérdida perinatal previa en la angustia psicológica de los padres durante una experiencia de maternidad posterior.	Los niveles de síntomas depresivos, ansiedad y estrés postraumático disminuyeron significativamente con el tiempo en esta población. Sin embargo, los niveles de estrés postraumático se mantuvieron en un rango moderado incluso a los 8 meses después del nacimiento.	Mientras que los niveles de ansiedad y síntomas depresivos disminuyeron para los padres que han experimentado una pérdida perinatal previa, los niveles de estrés postraumático se mantuvieron moderadamente altos. No está claro cómo esto se compara con los padres sin pérdidas.
Hill et al. (2008)	Estudio de revisión	Revisar la literatura de investigación sobre la experiencia paterna del embarazo, principalmente la materna, posterior a una pérdida perinatal.	La depresión y la ansiedad se observan con frecuencia en mujeres embarazadas después de una pérdida perinatal.	Es importante que los sanitarios evalúen el historial obstétrico de la mujer, reconozcan y validen la pérdida perinatal anterior y dialoguen con ella lo que sería útil durante el período prenatal con respecto a la pérdida perinatal previa.

Armstrong (2007)	Estudio comparativo	Determinar si los niveles de síntomas depresivos y el estrés actual relacionados con la pérdida previa, difieren de las evaluaciones prenatales después del nacimiento de un bebé a término sano subsiguiente. Investigar las diferencias en los síntomas depresivos en el período postparto entre los padres con y sin antecedentes de pérdida perinatal.	Hubo una disminución general significativa en los síntomas depresivos después del nacimiento de un bebé sano para los padres, pero no para las madres con pérdidas perinatales anteriores. También hubo una disminución significativa en el estrés relacionado con la pérdida previa tanto de la madre como de los padres. Cuanto mayor es el estrés asociado con la pérdida anterior, mayores son los síntomas depresivos de los padres después del nacimiento. En contraste con la evaluación prenatal, no hubo diferencias significativas en los niveles de los síntomas depresivos entre los grupos de pérdida y sin pérdida en la evaluación postnatal.	El estrés asociado con la pérdida perinatal, aunque disminuyó después del nacimiento posterior de un bebé sano en comparación con el del embarazo, se mantuvo alto para muchos padres, especialmente las madres.
Côté-Arsenault (2007)	Estudio correlacional predictivo	Evaluar la Teoría del estrés, afrontamiento y emociones de Lazarus en esta población; y comprender los patrones de amenazas, afrontamiento y estados emocionales de las mujeres durante el embarazo después de la pérdida perinatal.	La valoración de la amenaza se correlacionó con la personalidad fetal asignada y la edad gestacional de la pérdida anterior. El embarazo posterior a la pérdida se percibió como una amenaza, y la evaluación de la amenaza predijo en gran medida la ansiedad por el embarazo. La ansiedad por el embarazo disminuyó con el tiempo, sin embargo, la evaluación de amenazas, afrontamiento y otras emociones se mantuvieron estables durante el embarazo.	Las mujeres encuentran que el embarazo después de la pérdida es estresante y una amenaza, y esta evaluación se mantiene durante todo el embarazo.
Barr (2006)	Estudio longitudinal	Explorar la relación entre el duelo de los padres después de la pérdida perinatal y el embarazo subsiguiente, de acuerdo a las diferentes facetas del duelo y el estado del embarazo.	Hubo efectos estadísticamente significativos para las facetas «Duelo Activo» y «Dificultad de afrontamiento» en mujeres y hombres, así como «Desesperación» en mujeres, pero no en hombres.	La relación entre el duelo y el embarazo subsiguiente difirió con el sexo de los padres y las facetas particulares del duelo y el estado del embarazo. El embarazo subsiguiente se relacionó con «Duelo Activo» en las mujeres, pero no con la «Dificultad de afrontamiento» o la «Desesperación», que se sabe que predicen el duelo crónico.

Côté-Arsenault (2003)	Estudio descriptivo transversal	Comparar mujeres multigrávidas con y sin antecedentes de pérdida perinatal en la ansiedad estado, ansiedad por el embarazo y optimismo.	La ansiedad específica del embarazo fue mayor en las mujeres con antecedentes de pérdida perinatal. La ansiedad específica del embarazo también se correlacionó con el deseo de consultar a los médicos más a menudo y con mayor número de llamadas telefónicas sanitarias entre visitas, y no se correlacionó con el número de niños vivos.	Las mujeres que experimentan un embarazo posterior a la pérdida perinatal tienen mayor ansiedad específica del embarazo, es decir, están más preocupadas por sus embarazos que las mujeres sin antecedentes de pérdidas. La ansiedad estado y el optimismo no diferencian a estos dos grupos.
Armstrong (2002)	Estudio comparativo transversal	Evaluar la asociación de la pérdida perinatal previa, con los niveles de los síntomas depresivos, la ansiedad específica del embarazo y el vínculo prenatal en un embarazo posterior. Determinar si los niveles más altos de depresión y ansiedad se asociaron con el vínculo prenatal.	Las parejas con antecedentes de pérdida perinatal tuvieron niveles más altos de síntomas depresivos y ansiedad específica del embarazo, que las parejas con embarazos previos sin pérdidas. Parejas con y sin antecedentes de pérdida perinatal no difirieron en su nivel de apego prenatal en el embarazo subsiguiente.	Los hallazgos de este estudio no apoyan la teoría de que los síntomas depresivos y la ansiedad específica del embarazo afecten al apego posterior del recién nacido. Sin embargo, sí proporcionan información sobre la influencia de la experiencia previa de los padres en sus síntomas depresivos y ansiedad específica del embarazo en embarazos posteriores.

DISCUSIÓN

Impacto psicológico en el embarazo posterior

Los estudios revisados muestran una línea común en cuanto a la repercusión emocional de una pérdida perinatal previa en los posteriores embarazos.

Shapiro et al. (2017) estudiaron el impacto emocional de diferentes tipos de pérdidas perinatales. Tanto el aborto espontáneo como el aborto electivo o la muerte fetal previa se asociaron significativamente con puntuaciones más altas de ansiedad en un siguiente embarazo en los diferentes trimestres. Sin embargo, el parto a término previo de bebé vivo se asoció con una menor ansiedad específica del embarazo en los tres trimestres.

Por su parte, en un metaanálisis elaborado por Hunter et al. (2017), se identificaron 19 estudios donde también encontraron asociación entre pérdida perinatal previa y aumento de ansiedad y depresión en embarazos posteriores. En cambio, si solo se estudiaba el estrés, este no se vio afectado significativamente durante los embarazos posteriores.

Sin embargo, Robertson et al. (2011) no encontró evidencia de que los síntomas asociados a pérdidas prenatales previas se resuelvan con el nacimiento de otro niño sano. Incluso los síntomas de ansiedad y depresión persistieron más allá del nacimiento.

Côté-Arsenault et al. (2010) estudiaron si asignar personalidad al bebé influía en el estado de ansiedad. En este estudio, la personalidad fetal fue definida como la atribución de personalidad a un feto según lo indicado por las opiniones maternas sobre el estado del feto y su identidad. El apego emocional al feto está altamente vinculado a la atribución de la personalidad. A medida que avanza el embarazo, se experimenta el movimiento fetal y se anticipa el nacimiento. Esto se hace a veces nombrando al bebé, describiendo su personalidad en el útero o preparando una habitación en el hogar. Las ecografías durante el embarazo proporcionan una percepción visual de la forma humana del bebé y pueden acelerar la visión paterna del bebé como persona. En el estudio de Côté-Arsenault (2010), se evaluó la personalidad haciendo diversas preguntas a la madre. La primera pregunta se refería a su pérdida perinatal «¿Qué es lo que sentiste que perdiste?». Las respuestas se clasificaban como: «embarazo» (percibir la pérdida del estado de embarazo implicaba no ver al feto como algo separado de sí misma y, por tanto, no era una persona para ella), «bebé» (percibir que la mujer veía al feto como algo separado de ella misma, humana y

como una persona potencial), «un bebé llamado...» (poner nombre es un atributo culturalmente asignado y ubica a un individuo en la sociedad, por tanto, es un importante punto de diferenciación que le coloca dentro del marco cultural de la familia), «un niño que ahora sería» (percepción del bebé muerto como una persona que debería haber envejecido junto con el resto del mundo, indica una percepción más alta de la personalidad que un bebé con un nombre, y refleja la continua sensación de pérdida y la importancia de este bebé para la mujer). La segunda pregunta que se hizo fue «¿Tuvo un servicio conmemorativo o funeral?». Las ceremonias sirven como ritos de paso y un servicio conmemorativo hace que la muerte sea reconocida públicamente. Este servicio conmemorativo sirve como un indicador adicional de la personalidad asignada al bebé. En este estudio, la mayoría de las mujeres asignaron cierto grado de personalidad a sus pérdidas perinatales. En este caso, la asignación de personalidad se asoció significativamente con la ansiedad en el embarazo posterior.

Mecanismos de afrontamiento de los padres durante el embarazo posterior

Hutti et al. (2011) estudiaron cómo la experiencia de pérdida previa influía en el afrontamiento del embarazo posterior, encontrando que las mujeres con antecedentes de pérdida utilizaron más recursos de atención médica en el embarazo posterior. Esta mayor utilización de visitas médicas estaba directamente asociada a aumento de ansiedad y depresión materna. En la misma línea, Côté-Arsenault (2003) también encontró que la ansiedad específica se correlacionó con el deseo de consultar a los médicos más a menudo y con mayor número de llamadas telefónicas sanitarias entre visitas.

Relación de apego en el siguiente embarazo

El apego se define como un proceso de vínculo de afecto y compromiso emocional duraderos que se establece entre madre e hijo. El proceso de apego puede quedar inhibido por una serie de variables maternas, como una experiencia negativa en el nacimiento, depresión o ansiedad, las cuales también pueden estar asociadas con la pérdida perinatal. O'Leary et al. (2008 y 2009) encontraron que las mujeres embarazadas tras pérdida perinatal demoraron la formación del apego emocional hacia sus hijos. Este comportamiento ha sido descrito por Côté-Arsenault et al. (2011) como un mecanismo de autoprotección denominado «amortiguación emocional». Este comportamiento fue

informado por el 58,7% de las madres durante el embarazo, después de la pérdida, con el objetivo de proteger sus sentimientos por si volviera a ocurrir otra pérdida.

Según la teoría de Mercer (2004), el deterioro del estado de salud emocional producido por la pérdida podría inhibir el proceso de conexión y vínculo. No obstante, en el estudio de Armstrong (2002), las parejas con y sin antecedentes de pérdida perinatal no difirieron en su nivel de apego prenatal en el embarazo subsiguiente. Por tanto, todavía existen resultados contradictorios en este aspecto.

CONCLUSIONES

Una pérdida perinatal sea cual sea su naturaleza (aborto espontáneo, aborto electivo, pérdida fetal, pérdida neonatal) es una experiencia en la vida de la mujer que no deja indiferente a nivel psicológico. Es una experiencia vital con repercusión emocional y que moviliza los recursos de afrontamiento tanto de la mujer como de su pareja. En muchas ocasiones, supone una ruptura biográfica, marca un antes y un después en la vida de las personas que lo sufren, y genera cambios no solo a nivel psicológico, sino también a nivel de pareja, familiar y social.

El siguiente embarazo tras una pérdida perinatal tiene la capacidad de reactivar memorias y precipitar una serie de sintomatología psicológica que, en muchas ocasiones, se aleja de las expectativas de tener un embarazo satisfactorio y tranquilo. Por el contrario, la evidencia muestra que los siguientes embarazos están marcados por sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático. Esto, a su vez, moviliza comportamientos de comprobación del bienestar fetal, aumentando el número de visitas prenatales. Este aumento de mayor control prenatal es un indicativo de que la mujer vive con angustia su nuevo embarazo.

Los estudios analizados muestran que las mujeres con antecedentes de pérdidas perinatales sienten la necesidad de tener una supervisión prenatal más exhaustiva, como una forma de afrontamiento a la ansiedad que aparece en el siguiente embarazo.

Puesto que la pérdida perinatal es una experiencia que marca el devenir de los siguientes embarazos, se recomienda que los sanitarios pregunten a las mujeres sobre sus pérdidas previas y cómo se sienten en el embarazo actual. Esta postura empática alienta una relación colaborativa entre sanitario y paciente para enfrentar y manejar las preocupaciones relacionadas con el embarazo que surgen durante los embarazos después de la pérdida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-MAHARMA, Dua, et al. Maternal grieving and the perception of and attachment to children born subsequent to a perinatal loss. En: *Infant Mental Health Journal*. 2013, pp. 1-13.
- ARMSTRONG, Deborah. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. En: *Journal of Nursing Scholarship*. 2002, vol. 34, núm. 4, pp. 339-345.
- ARMSTRONG, Deborah. Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. En: *Advances in Neonatal Care*. 2007, vol. 7, núm. 4, pp. 200-206.
- ARMSTRONG, Deborah; HUTTI, Marianne; MYERS, John. The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant. En: *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2009, vol. 38, num. 6, pp. 654-666.
- BARR, Peter. Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement. En: *Journal of Perinatal Medicine*. 2006, vol. 34, pp. 207-211.
- CÔTÉ-ARSENAULT, Denise. The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. En: *Clinical Research*. 2003, vol. 32, núm. 5, pp. 623-629.
- CÔTÉ-ARSENAULT, Denise. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. En: *Nursing Research*. 2007, vol. 56, pp. 108-116.
- CÔTÉ-ARSENAULT, Denise; DOMBECK, Mary. Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: relationship to anxiety in the current pregnancy. En: *Health Care for Women International*. 2010, vol. 22, pp. 649-665.
- HILL, Pamela; DEBACKERE, Katrina; KAVANAUGH, Karen. The parental experience of pregnancy after perinatal loss. En: *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2008, vol. 37, vol. 5, pp. 525-537.
- HUNTER, Lorena; MACBETH, Angus. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. En: *Journal of Affective Disorders*. 2017, vol. 1, núm. 223, pp. 153-164.
- HUTTI, Marianne; ARMSTRONG, Deborah; MYERS, J. Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. En: *MCN: The American Journal of Maternal / Child Nursing*. 2011, vol. 36, num 2, pp. 104-111.
- LAMB, Elizabeth. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. En: *The Journal of Perinatal Education*. 2002, vol. 11, núm. 2.
- MERCER, Ramona. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. En: *Journal of Nursing Scholarship*. 2004, vol. 36, num. 3, pp. 226-232.

- MOORE, Tanya; PARRISH, Heather; BLACK, Beth. Interconception care for couples after perinatal loss: A comprehensive review of the literature. En: *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2011, vol. 25, núm. 1, pp. 44-51.
- O'LEARY, Joann; THORWICK, Clare. Attachment to the unborn child and parental mental representations of pregnancy following perinatal loss. En: *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*. 2008, vol. 2, pp. 292-320.
- O'LEARY, Joann. Never a simple journey: Pregnancy following perinatal loss. En: *Bereavement Care*. 2009, vol. 28, num. 2, pp. 12-17.
- ROBERTSON, Emma, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. En: *The British Journal of Psychiatry*. 2011, vol. 198, pp. 373-378.
- SHAPIRO, Gabriel, et al. Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. En: *Journal Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*. 2017, vol. 38, num. 2, pp. 121-132.
- UNICEF. The neonatal period is the most vulnerable time for a child. 2015. [Consulta: 5 Marzo de 2023]. Disponible en: <http://data.unicef.org/child-mortality/>