

La seguridad del parto planificado en casa: algunas consideraciones a partir de un estudio cualitativo

The safety of planned home birth: some considerations from a qualitative study

A segurança do parto domiciliar planejado: algumas considerações de um estudo qualitativo

Juan Ignacio Rico Becerra¹, María del Carmen Sánchez Navarro²

¹ Doctor en Antropología Social. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3120-4511>. Correo electrónico: juan.rico@um.es

² Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Servicio Murciano de Salud. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6954-4063>. Correo electrónico: mariac.sanchez9@carm.es

Correo electrónico de contacto: juan.rico@um.es

Correspondencia: Facultad de Ciencias Sociosanitarias. Avenida de las Fuerzas Armadas, s/n, antiguo cuartel Sancho Davila. Lorca. 30800. Campus Universitario de Lorca.

Para citar este artículo: Rico Becerra, J.I., & Sánchez Navarro, M^a. C. (2022). La seguridad del parto planificado en casa: algunas consideraciones a partir de un estudio cualitativo. *Cultura de los Cuidados*, 26(62). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.62.16>.

Recibido: 12/11/2021 Aceptado: 06/02/2022



ABSTRACT

Introduction: The search for safety also involves risks caused by the devices that are created to anticipate and control them. This is the case of unnecessary interventionism in hospital births in relation to planned home deliveries. Objectives: To explore the relationship between physiological delivery and obstetric interventionism, and to examine the debate on the safety of home delivery and its main repercussions. Methodology: Qualitative research. Collection of information with a questionnaire of open questions completed in writing by 45 women who gave

birth at home in the province of Murcia between 2008 and 2017. For its analysis MAXQDA qualitative data analysis software was used. Results: obstetric interventionism hinders the physiological delivery process; The debate over the safety of planned home birth is polarized, causing various repercussions for those involved. Conclusions: planned home birth in low-risk women favors the development of physiological delivery, which avoids many of the unnecessary obstetric interventions associated in hospitals; Likewise, the polarized debate on the safety of childbirth at home does not provide consensual information, which has repercussions on the different positioning of the two health groups that take care of childbirth (gynecologists and midwives), and on the fact that women who decide to perform the home births are pressurized by multiple sources (health system, family members, friends ...) that come face to face with the relevant information available to them about home birth and the support of the professional who accompanies them in the birth.

Keywords: Physiological birth, medicalization (obstetric interventionism); safety; planned home birth.

RESUMEN

Introducción: La búsqueda de la seguridad también comporta riesgos provocados desde los propios dispositivos que se crean para preverlos y controlarlos. Es el caso del intervencionismo innecesario en los partos hospitalarios en relación a los partos planificados en el hogar. **Objetivos:** Explorar la relación entre el parto fisiológico y el intervencionismo obstétrico, y examinar el debate sobre la seguridad del parto domiciliario y sus principales repercusiones. **Metodología:** Investigación cualitativa. Recogida de información con cuestionario de preguntas abiertas cumplimentadas por escrito por 45 mujeres que parieron en casa en la provincia de Murcia entre 2008 y 2017. Para su análisis empleamos el software de análisis cualitativo de datos MAXQDA. **Resultados:** el intervencionismo obstétrico dificulta el proceso del parto fisiológico; el debate de la seguridad del parto planificado en casa está polarizado, provocando diversas repercusiones para los implicados. **Conclusiones:** el parto planificado en casa en mujeres de bajo riesgo propicia el desarrollo del parto fisiológico, lo que evita muchas de las intervenciones obstétricas innecesarias vinculadas al ámbito hospitalario; asimismo, el polarizado debate de la seguridad del parto en casa no provee una información consensuada, lo que repercute en el diferente posicionamiento de los dos colectivos sanitarios que se ocupan del parto (ginecólogos y matronas), y en que las mujeres que deciden realizar el parto en el hogar reciban múltiples presiones (sistema sanitario, familiares, amigos...) que se confrontan con la relevante información de que dispone sobre el nacimiento en el hogar y el apoyo del profesional que las acompaña en el parto.

Palabras clave: Parto fisiológico; medicalización (intervencionismo obstétrico); seguridad, parto planificado en casa.

RESUMO

Introdução: A busca por segurança também envolve riscos causados pelos dispositivos criados para antecipá-los e controlá-los. É o caso do intervencionismo desnecessário nos partos hospitalares em relação aos partos domiciliares planejados. **Objetivos:** Explorar a relação entre parto fisiológico e intervencionismo obstétrico e examinar o debate sobre a segurança do parto domiciliar e suas principais repercussões. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa. Recolha de informação com um questionário de perguntas abertas preenchido por escrito por 45 mulheres

que deram à luz em casa na província de Murcia entre 2008 e 2017. Para a sua análise utilizou-se o software de análise de dados qualitativos MAXQDA. Resultados: o intervencionismo obstétrico dificulta o processo de parto fisiológico; O debate sobre a segurança do parto domiciliar planejado é polarizado, causando diversas repercussões para os envolvidos. Conclusões: o parto domiciliar planejado em mulheres de baixo risco favorece o desenvolvimento do parto fisiológico, o que evita muitas das intervenções obstétricas desnecessárias associadas ao ambiente hospitalar; Da mesma forma, o debate polarizado sobre a segurança do parto no domicílio não traz informações consensuais, o que repercute nos diferentes posicionamentos dos dois grupos de saúde que cuidam do parto (ginecologistas e parteiras), e no fato de as mulheres decidirem por realizar o parto domiciliar recebe múltiplas pressões (sistema de saúde, familiares, amigos ...) que se deparam com as informações relevantes de que dispõem sobre o parto domiciliar e com o apoio do profissional que os acompanha no parto.

Palavras-chave: Entrega fisiológica; medicalização (intervencionismo obstétrico); segurança, entrega planejada em casa.

INTRODUCCIÓN

Las sociedades necesitan la seguridad para conformar grupos estables vinculados. Su búsqueda es una cuestión de largo recorrido en la historia de la humanidad. Ya en la primera modernidad, apoyada en la técnica y la ciencia, se empiezan a implementar distintas instituciones que se van a ocupar del control y prevención de los peligros externos; si bien, paradójicamente, en la segunda modernidad, en la que nos hallamos, muchos de los temidos riesgos proceden de los propios dispositivos que se crearon para preverlos y controlarlos (Beck, 1998). Son pues ambivalentes al proveer también incertidumbre e inseguridad (Bauman, 2005). Es el caso del intervencionismo innecesario en los partos hospitalarios en relación a los partos planificados en casa. Una opción que contemplan cada vez más mujeres, a pesar de que no exista un consenso médico generalizado sobre si es más o menos seguro dónde parir, y eso, a pesar de que la literatura científica cada vez arroje más luz sobre la seguridad en este tipo de parto. Las posiciones están encontradas. Por una parte, el enfoque que representa la Medicina Oficial (Obstetricia), tildado de biologicista, intervencionista y medicalizador; y por otro, el del parto en el hogar, que abre a la crítica el modelo de parto institucional vindicando un parto humanizado apoyado en cosmovisiones “holístico-humanistas” (David-Floyd, 2001). Esta elección (Hernández, Maya y Echevarría, 2020), al reducir la medicalización (Illich, 1992; Foucault, 1990; Rose, 2012), despliega una atención no patologizadora del evento, lo que acarrea múltiples beneficios para la madre y el bebé.

Teniendo presente que desde 1997 la Organización Mundial de la Salud reconoce como un derecho la elección de dónde dar a luz (WHO, 1997) y que la demanda de mujeres que eligen el parto planificado en casa está aumentando, surgió el interés de realizar esta investigación. Se debe considerar que, en España, según datos de 2018 del Instituto Nacional de Estadística, el 0,63% de los nacimientos se producen en casa, si bien, estas cifras no discriminan entre partos planificados y no planificados, por lo que si nos atenemos a la contabilidad hecha por EducER (2012), 1 de cada 800 (el 0,17%) es un parto planificado con acompañamiento de un profesional calificado durante el trabajo de parto. No obstante, hoy se presume un número mayor, sobre todo, devenido de las estrictas medidas que la pandemia Covid-19 ha impuesto en los servicios de obstetricia (NIUS, 2020).

Es así que, a reglón seguido del apartado metodológico, proponemos, poniendo la atención en la seguridad del parto planificado en casa, explorar la relación entre el parto fisiológico y el intervencionismo obstétrico, y examinar el debate sobre la seguridad del parto domiciliario y sus principales repercusiones.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cualitativa no financiada. Se pasó una encuesta con 16 preguntas abiertas que cumplimentaron por escrito 45 mujeres que dieron a luz en sus casas entre 2008 y 2017 en la provincia de Murcia. En concreto, el documento que incluye la encuesta consta de un encabezado (se explican los detalles de la investigación, se dan aclaraciones en relación al rellenado de la encuesta...), un apartado que recoge información sociodemográfica, y otros dos bloques, uno sobre el embarazo (con diez preguntas), otro sobre parto (con seis preguntas). Para este artículo hemos utilizado la información del bloque del parto en relación con: la consideración de lo que es un parto fisiológico; la comparativa entre parto hospitalario y parto en casa y sus vínculos con la seguridad; las presiones recibidas por el sistema sanitario, familiares y amigos y sus consecuencias; y con la elección del lugar del parto en caso de no haber encontrado un profesional calificado que les asistiera en el hogar. Las preguntas del cuestionario se elaboraron a partir de las temáticas abordadas en la preparación al parto que las parejas realizaron con la matrona que las iba a asistir. La entrega del cuestionario se realizó personalmente, lo que a la vez nos permitió obtener, de cada una de las participantes, su consentimiento para participar en el estudio. El

acceso a las informantes pudo llevarse a cabo gracias a que uno de los autores de este texto realiza asistencia de parto en el hogar, lo que facilitó el contacto con el grueso de mujeres que tuvieron partos planificados en casa en las fechas indicadas en la provincia de estudio. Nuestra intención fue incorporar a todas las informantes disponibles a las que tuviéramos acceso. No se realizó experimentación, ni se expuso a las participantes a ningún daño físico o mental.

Para el análisis de contenido de la información recogida empleamos el soporte del software de análisis cualitativo MAXQDA. Para organizar las intervenciones de las madres en el texto y reservar su anonimato, asignamos un número a cada una de ellas después del término Mamá, es decir, Mamá 1, Mamá 2, Mamá 3... El rango de edad de las participantes osciló entre los 26-38 años, todas habían cursado el bachiller superior, y el 78%, además, tenía estudios universitarios. La totalidad de las mujeres fueron acompañadas en el parto por sus parejas. De las 45 participantes, 11, previamente, tuvieron un parto hospitalario. Todas tuvieron embarazo de bajo riesgo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

-Relación entre el parto fisiológico y el intervencionismo obstétrico.

Uno de los aspectos estrechamente relacionado con la seguridad en el parto planificado en el hogar es la consideración de qué es y qué no es un parto fisiológico y su vinculación con el intervencionismo obstétrico. Vaya por delante que pocas veces se asisten partos fisiológicos en el hospital ya que, en mayor o menor medida, están medicalizados. Así, el matiz que permite evitar la generalización de que un parto vaginal es un parto fisiológico, es cómo se desarrolla. Por lo que, para dirimir el particular, tendremos que preguntarnos si se empezó de forma espontánea, si se usó oxitocina, si se rompió la bolsa del líquido amniótico, si se puso anestesia epidural, si se utilizaron fórceps y/o ventosa... En palabras de las informantes: *“Es (el parto) que se desarrolla de manera natural, sin acelerarlo o intervenir en él por razones ajenas al propio parto, y siempre recurriendo a la intervención médica únicamente en caso de riesgo para la salud del bebé o la mamá, y no siguiendo protocolos estandarizados y procedimientos que tengan como objetivo un ahorro de tiempo o dinero”* (Mamá 9). *“Es aquel en el que se permite a la mujer parir sin prisas, sin hormonas artificiales, sin instrumentos tipo fórceps o ventosas, sin*

someterla a ninguna práctica que no sea imprescindible. Que se pueda mover libremente, adoptando la posición que desee...” (Mamá 17). “Es aquel en el que se ha intervenido lo menos posible, en el que se respeta y se tiene plena fe y confianza en el proceso. En el que se aceptan los riesgos y se aprende de la experiencia con honestidad y responsabilidad, pero sin culpa, como de cualquier experiencia vital en la vida” (Mamá 38).

El parto planificado en el hogar está dirigido con la máxima de la no intervención, lo que implica a que el parto se desarrolle fisiológicamente. El propio medio donde se desarrolla, el hogar, lo garantiza. El medio hospitalario, por el contrario, tiende a medicalizar y, con ello, interviene el proceso fisiológico. Lo que hace “que la asistencia durante el parto consiste en la acción y la negligencia en no intervenir, nunca en intervenir innecesariamente” (Kitzinger, 2015). Y esto lleva a reflexionar sobre que “lo más peligroso sea asumir que no hay riesgo ante una intervención. Porque siendo cierto que a veces las intervenciones son absolutamente necesarias, aun así, es vital saber qué efectos negativos tienen nuestras intervenciones necesarias para poder mitigar o disminuir la adversidad que sigue” (Bergman, 2019). Es el caso, por ejemplo, de numerosas gestaciones inducidas, es decir, las que son aceleradas farmacológicamente, apoyadas en el argumento de que los bebés, por la edad gestacional, son de bajo peso o su contrario, y cuando nacen se constata que el peso es el adecuado, normopeso. Así, el intervencionismo obstétrico multiplica los riesgos: la episiotomía, el uso de la oxitocina sintética para acelerar el proceso, la maniobra Kristeller, la rotura de bolsa de líquido amniótico, el corte prematuro del cordón umbilical, la separación del bebé... “Ahora entendemos que muchísimas de las intervenciones que hacíamos de manera rutinaria en los partos eran más peligrosas y dañinas que no hacer nada. Aceptar esto, que aquello que se hacía, pensando en prevenir o tratar, pudiera en realidad poner en peligro o hacer más daño, algo que es relativamente frecuente en la historia de la medicina, resulta especialmente difícil en el ámbito de la Obstetricia” (Olza, 2017). Se ha de considerar que “en España, casi uno de cada cuatro nacimientos, un 25 % del total, se produce mediante cesárea, mientras que la OMS (2015) considera que una cifra justificable no debería superar el 10 % o el 15 %. El número de partos instrumentales es también elevado, con uno de los porcentajes más altos de Europa” (Costa y Behaghel, 2020). Como relatan las mamás entrevistadas que tuvieron, antes de dar a luz en casa, un parto en el hospital: “*Ya para mi primer parto elegí un hospital público (...) Finalmente, el parto concluyó con maniobra de Kristeller*

y episiotomía” (Mamá 35). *“Tenía la convicción de que las decisiones tomadas por el personal hospitalario que me atendió en el parto de mi primer hijo, ocasionaron problemas por los cuales finalmente acabó con ventosa” (Mamá 41).*

¿Y por qué difiere tanto el enfoque del parto planificado en el hogar del provisto por muchas instituciones médicas? No sería exagerado sostener que las prácticas obstétricas hospitalarias se han modificado poco desde los años 80 del siglo pasado, a pesar de la cantidad de evidencia científica que aboga por el cambio (son de referencia las Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento en la Declaración de Fortaleza de 1985, publicadas en agosto de ese mismo año por Lancet, una revista biomédica de referencia, con el título: *Appropriate technology for birh*). Es verdad que, como vemos, casi siempre suelen presentarse como “recomendaciones” de actuación, por lo que en múltiples ocasiones la asistencia dependerá de las políticas de cada centro asistencial, mediadas también por las creencias de los jefes de servicio, pero en última instancia del criterio del profesional que atiende a la mujer en cada turno de trabajo. De estas decisiones arbitrarias quieren huir las mujeres que deciden dar a luz en su hogar. Informadas y sabedoras de que su estado de salud es bueno, como diría la Obstetricia, de bajo riesgo, abogan por un parto fisiológico que evite la medicalización y que da valor al acompañamiento y al entorno: *“Porque, siento el mío como un embarazo normal, teniendo en cuenta mi estado de salud y que mi pareja apoyaba la decisión, quería ofrecer a mi bebé una bienvenida al mundo más respetuosa, también me hice un poco temerosa del intervencionismo hospitalario” (Mamá 23).* *“Porque no me gusta el protocolo de actuación que siguen en los hospitales, tanto con respecto a medicaciones (oxitocina...) como a las posturas para parir, y en casa tengo la máxima comodidad y todo el tiempo que necesite, sabiendo que estoy bien asistida” (Mamá 25).*

Sin poder generalizar estas aseveraciones, tampoco hay que desestimar las reclamaciones sobre las malas experiencias vividas en los partos hospitalarios de multitud de mujeres que recogen distintas asociaciones de mujeres, como El parto es Nuestro, la Plataforma Pro-Derechos del Nacimiento... y que reconoce el propio Ministerio de Sanidad y Consumo español cuando implementa la Estrategia de Atención al Parto Normal (2008) y su posterior refrendo en La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2011) insistiendo sobre que “El cuidado de las mujeres embarazadas

difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos (...) Por ello, el respeto a la evolución natural del embarazo debe presidir toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer”. Con todo, los cambios han sido pequeños, poniéndose de nuevo de manifiesto el robustísimo peso de la Medicina; por lo que, cuando descendemos al plano de lo cotidiano, las futuras mamás chocan de bruces con la realidad, de forma que muchas de las desagradables consecuencias generadas en los partos intervenidos sin justificación, llegan a silenciarse. Lo contrario que cuando discurre en el hogar, donde la noticia se airea a los cuatro vientos, se amplifica y, si conviene en un momento dado, remanece. Es evidente el poder y la influencia que la institución médica tiene incluso, como vimos, frente a las misivas del propio Ministerio de Sanidad y Consumo, y, por extensión, sobre el conjunto de la sociedad: *“En los medios de comunicación, ha dado la casualidad de que durante el embarazo hubo un ‘boom’ de artículos y programas hablando de doulas, partos en casa, crianza con apego, etc., que pretendían ser imparciales, pero siempre acababan poniendo a la audiencia en contra. Pero como digo, yo estaba muy informada antes del embarazo y ni perdía el tiempo en hacer oídos a esta ‘información’” (Mamá 36).*

-El debate sobre la seguridad del parto planificado en casa y sus principales repercusiones.

La pregunta: ¿es seguro parir en casa?, siempre sobrevuela la decisión de dar a luz en el hogar, y, por ello, abre de pleno el debate de la seguridad del parto ofrecida por la institución médica hospitalaria versus en el domicilio. La investigación sobre la que fundamentalmente pivotan los argumentos de rivales y defensores del parto planificado en el hogar es el Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis, publicado en 2010 en la revista American Journal of Obstetrics & Gynecology (Wax, J., et al, 2010). Los autores, profesionales del Maine Medical Center (Portland, EE.UU.), compararon los resultados de 342.056 partos domiciliarios con 207.551 realizados en un centro hospitalario. Por ser concisos, el estudio viene a decir que todos los resultados obstétricos fueron mejores en los partos de embarazadas de bajo riesgo planificados en el hogar, es decir, menos intervenciones maternas: como laceraciones, hemorragias, infecciones..., y menor prematuridad, bajo peso al nacer y ventilación asistida del recién nacido; con la excepción, y aquí está la clave, de que se triplica la tasa de mortalidad neonatal. Esta última aseveración es

demoledora, multiplicar por tres la mortalidad del recién nacido es un argumento irrefutable a favor de la seguridad del parto hospitalario. Como es lógico, el trabajo, produjo un gran impacto en el ámbito obstétrico, marcando un antes y un después en el debate de la seguridad del parto planificado en el hogar. Desde su publicación se convierte en “la referencia”. Lo que no deja que pase desapercibido para nadie. De hecho, otros trabajos se interesaron en revisar dicho metaanálisis. Como el del Centre for Reviews and Dissemination, University of York (2011), que subraya, entre sus fallas metodológicas, que el conjunto de estudios utilizados en el análisis de la mortalidad neonatal difirió del conjunto de la mortalidad perinatal, a lo que se suma que el estudio más grande parecía estar incluido en el análisis de la mortalidad perinatal, pero no para la mortalidad neonatal. Así, los resultados sobre la mortalidad neonatal se basaron en un conjunto de participantes sustancialmente más pequeño. Por lo que prueba que las conclusiones del metaanálisis de Wax deben tratarse con cierta cautela, ya que no reflejan toda la evidencia presentada en la revisión. Hay otras muchas investigaciones que se suman a esta línea crítica. Baste consultar la revisión sistemática publicada en Cochrane (Olsen y Clausen, 2012), si bien, por su trascendencia sobre las futuras parejas que pudieran optar por el parto planificado en el hogar, nos interesa la reflexión del trabajo de Michael, C., et al (2011) ya que alerta sobre el hecho de que un estudio defectuoso, ahora forma la base probatoria para una Opinión del Comité del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, lo que significa que sus resultados se presentan a los futuros padres como lo último en investigación de seguridad en el parto en el hogar.

El resultado de todo esto es que, a partir de un metaanálisis con graves carencias metodológicas, se crean distintas guías de recomendación para mujeres que eligen el parto en el hogar. Es el caso de Planned Home Birth del Committee Opinion The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), donde se apuesta por las “orientaciones Wax”, a saber, que las mujeres que preguntan sobre el parto planificado en el hogar deben ser informadas de sus riesgos y beneficios con base en evidencia reciente. Específicamente, se les debe informar que, aunque el parto domiciliario planificado se asocia con menos intervenciones maternas que el parto hospitalario planificado, también se asocia con un aumento de más del doble en el riesgo de muerte perinatal y un riesgo triple de neonatal. (...) El Comité concluye afirmando que el Colegio

Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, el Colegio, cree que los hospitales y los centros de parto acreditados son los entornos más seguros para el parto, cada mujer tiene derecho a tomar una decisión médicamente informada sobre el parto. Así las cosas, a nadie escapa de dónde toman la “evidencia” para conformar su posición desde la que informar a las mujeres y sus parejas. Hay, por supuesto, otras orientaciones sobre el particular que hacen distinta lectura y que también son de referencia para el abordaje de la seguridad del parto en casa. Es el caso de La guía de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2014), que, respecto al lugar de nacimiento planificado, hace distintas recomendaciones, pero tomando como punto de partida que, para las mujeres multíparas y nulíparas de bajo riesgo, dar a luz es generalmente muy seguro tanto para la mujer como para su bebé. Entonces, ¿cómo explicar tales contradicciones?

El Sumario de evidencia de Uptodate (Declercq, E; Stotland, NE, 2017), que revisa numerosos estudios, igualmente es claro cuando manifiesta que “Grandes estudios de cohortes que incluyen análisis de partos de mujeres de bajo riesgo, atendidos por parteras, y planeados fuera del hospital en países desarrollados, han reportado tasas reducidas de parto por cesárea, laceraciones perineales e intervenciones médicas, y tasas similares de morbilidad y mortalidad materna en comparación con el parto hospitalario planificado”. Asimismo, otro metaanálisis posterior (Reitsma et al. (2020) también concluyó que la evidencia sobre los resultados maternos respaldaba consistentemente los partos domiciliarios planificados. Si nos acercamos a nuestro medio, estudios muy recientes también recogen resultados similares. Es el caso del estudio de Cataluña, Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study (2021), donde se advierte que “Las tasas de morbilidad materna y neonatal muestran un alto grado seguridad durante el parto”; o el realizado en Baleares, Planned Home Birth in Low-Risk Pregnancies in Spain: A Descriptive Study (2021), en el que se apunta que “Los resultados indicaron que las mujeres con embarazos de bajo riesgo que planificaron partos en el hogar con una partera cualificada tenían una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y resultados positivos de salud materna. Además, el estudio mostró que los partos domiciliarios planificados pueden asociarse generalmente con el bienestar fetal”. A lo visto, una de las claves de la polarización del debate de la seguridad en el parto planificado en el hogar versus hospitalario puede residir en la distinción entre la Medicina Oficial y la Medicina Científica. La primera obedece al paradigma instaurado en la

institución médica, lo que puede provocar, como aquí, que no asuma la última evidencia científica que avala la seguridad del parto domiciliario planificado, es decir, la que, a la luz de la evidencia disponible, defiende la Medicina Científica.

Situado el debate en este punto, vayamos a revisar algunas de sus repercusiones en nuestro medio. Una aproximación al particular la podemos conocer desde la posición de los dos principales colectivos sanitarios que se ocupan del parto, matronas/nes y ginecólogas/os. Así, la Federación de Asociaciones de Matronas de España, tomando como referencia la Guía NICE, elabora un documento sobre la Atención del Parto en Casa (FAME, 2015) que en su punto 3 reafirma su apoyo al deseo de algunas mujeres de dar a luz en casa y, como queda refrendado por las investigaciones disponibles en la materia, lo considera una opción absolutamente válida y segura siempre que estén atendidas por matronas cualificadas y se cumplan las condiciones necesarias referenciadas en las Guías y avaladas por la evidencia científica. Otra perspectiva muy distinta es la adoptada por el colectivo médico que, fundamentalmente, sigue las orientaciones del Committee Opinion the American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Por llevarlo a lo concreto, recogemos el extracto de la entrevista realizada al presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2015), tomado de la respuesta a la cuestión de si se ha puesto de moda parir en casa y si es aconsejable. La respuesta es clara, “desde el punto de vista médico, actualmente yo creo que no es recomendable el parto en casa. Si el parto es superrápido y es inminente y no lo puedes evitar, por supuesto te quedas en tu casa, llamas a una ambulancia o que alguien te ayude. Pero en general, ahora se puede acudir a los hospitales con libertad. Y yo creo que es lo adecuado... y no para convertir un parto normal, natural, espontáneo y fisiológico en un parto instrumentalizado, sino porque en un hospital puedes hacer lo mismo que en casa, es decir, ‘nada’: observar que la mujer se ponga de parto y ayudarle en sus contracciones y que tenga un parto fisiológico. El parto se puede hacer de forma lo más natural y fisiológicamente posible en un hospital, evitarías los riesgos que puedes tener en tu casa”. Siendo conscientes de que un presidente no habla por todos a los que representa, observamos en sus declaraciones a qué parte de la literatura médica nos remite. Y tales incongruencias generan múltiples críticas “en realidad, los ginecólogos basan sus actuaciones en un conjunto de creencias

preconcebidas. De manera que, partiendo de esa premisa, todo respecto de la obstetricia, incluyendo la incoherencia entre investigación y práctica, cobrará sentido” (Goer, 2008).

Otra consecuencia de calado de la díada riesgo/seguridad parto en el hospital versus parto planificado en casa es la presión que reciben las parejas que eligen el segundo. La procedencia es múltiple, empezando por muchos profesionales de la salud: *“Con mucha angustia, presiones por parte de los sanitarios del sistema público de salud, ya que estaba en la semana 41” (Mamá 37)*, al extremo que, en muchas ocasiones, llega a provocar que se oculte la decisión del nacimiento en el hogar para así evitar el enfrentamiento directo con los sanitarios: *“No les informé porque ya tenían una mala predisposición a entablar buenas relaciones. Son personas que, si no haces lo que te dicen, entonces, ya son todas malas caras, broncas, sin espacio para el diálogo ni la comprensión. Son personas que confían plenamente en la medicalización y el intervencionismo” (Mamá 2)*. *“No les informé porque no tenía ganas de dar explicaciones sobre lo que yo tenía muy claro, y tampoco de recibir consejos sobre lo que ellos tienen claro. Supongo que dejé pasar una oportunidad para que vieran que había una mujer más que no estaba de acuerdo en cómo funciona el sistema y por qué. Pero en mi época de embarazo, no tuve ganas de discutir” (Mamá 5)*. *“No les informé para evitar someterme a presión durante el embarazo, sospechaba que los profesionales no acompañan a las madres, imponen sus posturas. Así fue cuando visité por primera vez al pediatra y le conté mi parto, le pareció una barbaridad y me felicitó por mi valentía y la gran suerte que corrí” (Mamá 11)*. Las desavenencias son evidentes, lo que es un profuso fallo del sistema porque, sea cual sea el soporte asistencial a la embarazada (Seguridad Social, consulta privada al uso, sesiones de preparación de parto en el hogar...), la máxima a cumplir debiera ser la que nos recuerda Michel Odent cuando impele a que la primera obligación de todos aquellos que atienden a las embarazadas es proteger su salud emocional; evitando el “efecto nocebo” durante las consultas del embarazo, es decir, que después de salir de la consulta, la embarazada se sienta incluso más tranquila (feliz) que antes o, al menos, su ansiedad haya disminuido. Porque siempre hay algo que objetar: la presión arterial demasiado alta o demasiado baja, está ganando peso muy rápido o muy lentamente, está anémica, tiene una diabetes gestacional, su bebé es demasiado grande o demasiado pequeño, tiene la placenta baja, su bebé aún no se ha girado... (Odent, 2007, 2008). Así, evitar efectos indeseables (“nocebo”) como la angustia, la ansiedad, el miedo, la inseguridad y/o la incertidumbre es fundamental para que la mamá puede desarrollar

un embarazo saludable. *“Sobre todo, estos miedos surgían en los días anteriores y posteriores a las pruebas médicas que se hacen durante el embarazo para descartar ciertas anomalías” (Mamá 9). “En las vivencias ha influido todo, sobre todo la información de los ginecólogos en las ecografías, cuando nos dijeron que había un problema en el corazón, que luego resultó no ser nada, nos asustaron mucho. La información recibida en la preparación al parto en casa me ayudó a estar más calmada y tranquila” (Mamá 19). “De haberle hecho caso al médico y a la tocóloga hubiera vivido el embarazo como una enfermedad con muchos riesgos, en lugar de como algo natural” (Mamá 25). “Sí, mi vivencia del embarazo se vio muy afectada negativamente por las informaciones médicas recibidas. Mala suerte, pero hay que seguir por la vía sanitaria... era la opinión general de mi entorno” (Mamá 40).*

A estas presiones ejercidas fundamentalmente por los profesionales de la salud adscritos contundentemente al modelo de parto hospitalario (Rico y Cayuela, 2017), también se suman la de familiares, amigos...: *“El tío de mi pareja intentó convencerme de que no era buena idea. Advirtió que, si algo pasara, la culpa sería mía. Dijo que era ridículo querer sentir el dolor del parto, que el hospital es más seguro. Yo no le dije nada. Me afectó, pero no me hizo dudar (Mamá 4). “Así mismo, reflexionaba sobre la seguridad para el bebé en el caso de que se complicara el parto, porque más de una vez dijeron lo imprudente que sería no ser asistida por un médico en el nacimiento de un hijo. Pensaba sobre el sentimiento de culpabilidad que sentiría si algo saliese mal” (Mamá 23). Sus palabras muestran la coerción a la que se ven sometidas desde distintos frentes. Y vaya por delante el flaco favor que se les hace, cuando estas mamás deben integrarlo y gestionarlo: “Yo estoy segura que mis miedos a que el niño no saliera bien estaban relacionados con lo que todo el mundo me decía del parto en casa: que el niño podía quedar mal por 5 minutos de no tener oxígeno y que eso solo te lo solucionaban en el hospital” (Mamá 6).*

El resultado de todo esto es que muchas de estas mujeres deben realizar todo el camino en solitario, contando tan solo con el valiosísimo apoyo de su pareja. Y para confrontar el sin fin de escollos generados por la inseguridad atribuida a esta forma de parir deben apoyarse en los argumentos derivados del profundo conocimiento que tienen

sobre el nacimiento. De hecho, es subrayable el alto nivel de instrucción de las madres que han participado en nuestra investigación. Lo que es capital para situarse, con gran asertividad, en contra de la concepción que la Obstetricia Oficial tiene del parto fisiológico. De lo que no se puede dudar es de que estas mamás pongan en riesgo su salud, y aún menos, la de sus bebés. Para ellas, el constructo de seguridad, entre otros múltiples aspectos del embarazo y del parto, tiene como pilar la información contrastada; y desde ahí exigen la recuperación de todo el poder de su capacidad para parir sin que les sea innecesariamente arrebatado. El resultado de todo esto es una toma de la decisión sin ambages: *“Porque conozco muchos casos en que el hospital, por protocolos de seguridad, desechan tu plan y hacen lo que quieren con tu parto”* (Mamá 5). *“El hospital como espacio en sí mismo no me inspira confianza y seguridad”* (Mamá 11). *“Tras la experiencia del primer parto en el hospital me di cuenta que en mi casa iba a tener el espacio de intimidad necesario para que mi hija naciese segura y feliz”* (Mamá 19). *“El estar en casa, en nuestro nido, en todo momento durante el parto y después del nacimiento de nuestro hijo, nos hizo estar más seguros y tranquilos, sin ruidos, sin luces, sin entrar y salir gente, eso crea tranquilidad y paz”* (Mamá 30). Así pues, el asunto de la seguridad es central para estas mujeres bien informadas, lo que también pusieron de manifiesto cuando les preguntamos con quién llevarían a cabo su objetivo. De hecho, en ningún caso apostaron por parir solas. Siempre hubieran buscado un profesional cualificado, y de no haberlo encontrado, la opción sería el hospital (público o privado) que desplegara mayores garantías para un parto respetado: *“En un centro privado donde confiaba que seguirían mis deseos para un parto natural, siempre que fuera posible”* (Mamá 4). *“En cualquier hospital público, intentando hablar antes con el personal sanitario y presentándole un plan de parto para ver si entra mi marido y yo podíamos hacer que lo respetasen, y que el parto fuese lo más respetuoso posible conmigo y con el bebé”* (Mamá 9).

CONCLUSIONES

Las sociedades necesitan la seguridad y, para tal fin, se sirven de instituciones sociales. Si bien, con su desempeño, paradójicamente, también provocan riesgos. Así se evidencia en la Medicina Occidental, en concreto, con la tendencia de la Obstetricia a medicalizar el parto fisiológico generando un intervencionismo que puede provocar múltiples riesgos. Es así que la Obstetricia, al entender que su hacer está centrado en la

intervención (administración de anestesia epidural, aplicación de oxitocina, rotura de bolsa de líquido amniótico...), provoca una disrupción del proceso fisiológico del parto, y, a partir de ahí, empiezan a surgir los riesgos innecesarios (laceraciones, hemorragias, infecciones...).

Por eso, las mamás protagonistas del trabajo son muy claras cuando definen lo que es un parto fisiológico, apuntando que es el que se desarrolla de manera natural, con tiempo suficiente, donde no se interviene por sistema, en el que hay libertad de movimientos y en el que no se emplea ni medicación ni instrumentos y se confía en el proceso, siendo una experiencia de vida... en definitiva, lo describen como un parto dirigido por la fisiología, y, por tanto, lo buscado cuando eligen un parto planificado en casa. También dejan claro que hay intervenciones médicas necesarias, de las que, por cierto, también se deben conocer sus efectos negativos para que sean considerados. Porque, una vez intervenida cualquier parte del curso del parto, se provoca que haya que seguir actuando cada vez más (inducción de parto, uso de oxitocina, epidural, rotura de membranas, fórceps...) amplificándose los efectos adversos. De manera que, actuando con el ánimo de prevenir o tratar, se produce el efecto contrario. Y todo ello, a pesar de que, desde la década de los 80 del siglo pasado, instituciones como la OMS, lo advierta; y, posteriormente, ya en nuestro medio, se siga incidiendo desde diversas estrategias nacionales del Ministerio de Sanidad sobre la Atención al Parto Normal (2008). A lo visto, no han sido lo suficientemente solventes para influir en la Obstetricia Oficial. Lo que se puede explicar porque se mueven en el ámbito de las Recomendaciones en la atención, por lo que, si tienen algún valor en el imperativo moral, no es así en el plano de la obligatoriedad jurídica.

En este marco se presenta el debate generado sobre la seguridad del parto planificado en el hogar. Un metaanálisis realizado en 2011 (Wax et al.), del que prenden múltiples críticas de orden metodológico, se ha convertido en un referente internacional para muchos profesionales de la salud sobre los riesgos para la madre y el bebé en el parto domiciliario. De manera que, a pesar de los múltiples sesgos de este trabajo y de lo que revela en su contra la evidencia científica más actual sobre la seguridad del parto planificado en el hogar en mujeres de bajo riesgo con seguimiento de un profesional cualificado, se ha convertido en una equívoca guía de orientación para las parejas que lo solicitan. Todo ello, sin duda, refrenda una vez más el poder de la Medicina Oficial frente

a la Medicina Científica. Sobre este contexto, en nuestro medio, se generan diversas repercusiones: de un lado, el posicionamiento distinto de los dos principales colectivos sanitarios que se ocupan del parto, ginecólogas/os y matronas/nes. Así, el colectivo médico, fundamentalmente, sigue las orientaciones del Committee Opinion the American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), es decir, apuesta por la mayor seguridad del parto hospitalario, y el de las matronas/nes que, tomando como referencia la Guía NICE, avala la seguridad del parto domiciliario planificado; y de otro, las repercusiones generadas en las mujeres que, orientadas por cosmovisiones “holístico-humanistas”, al compartir su decisión de parir en el hogar y salir del sistema (de lo que dicta la institución médica), reciben diversas presiones de los profesionales sanitarios (provocando el “efecto nocebo”, aumentando la ansiedad y la angustia de las futuras mamás), lo que a su vez es potenciado por el rechazo que proviene también de familiares, amigos.... En este complejo marco relacional, las mamás protagonistas (con sus parejas) quedan muy solas ante los continuos dilemas por los que atraviesan durante todo el proceso. Con todo, y derivado del alto nivel de instrucción de las protagonistas, el soporte fundamental sobre el que se sustenta la asertividad y fortaleza necesaria para confrontar todas las dificultades señaladas es la relevante información de que disponen sobre el nacimiento en el hogar y el apoyo continuo del profesional que las acompaña.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaraz-Vidal, L., Escuriet, R., Sàrries Zgonc, I., & Robleda, G. (2021). Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery*. 98: 102977. Recuperado de <http://llevadorespartacasa.org/wp-content/uploads/2021/03/1-s2.0-S0266613821000565-main.pdf>
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad y ambivalencia*. Barcelona: Anthropos.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Bergman, N. (3 de marzo de 2019). Tras nacer, un bebé no necesita nada de sus padres, excepto a sus padres, su presencia. *El País*, p. 31 Recuperado de https://elpais.com/elpais/2019/06/03/mamas_papas/1559551086_801391.html.
- Centre for Reviews and Dissemination, University of York. (2011). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis (Wax et al.). Recuperado de <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12010005954>.

- Committee Opinion the American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Planned Home Birth. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth>.
- Costa Abós, S., Behaghel, M. (2020). Parir en casa en tiempos de coronavirus. *Musas*, 5(2): 4-22. Recuperado de <https://10.1344/musas2020.vol5.num2.1>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.*, 75(1):5-23. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Declercq, E., Stotland, N.E. (2017) “Planned home birth”, *UpToDate, Basow, DS (Ed)*, last updated: Apr 26, 2017. Recuperado de <https://www.porod-doma.cz/wp-content/uploads/2018/08/Planned-home-birth-UpToDate.pdf>
- Educerc. (2012). Materiales y métodos estadísticos. Colección Observatorio del parto en casa en España 2. Recuperado de <https://doctorafontanillo.com/mapa-del-parto-en-casa-en-espana-datos-2012/>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME. (2015). Posicionamiento de la FAME sobre la atención del parto en casa. Recuperado de <https://matronasytu.com/2015/08/13/posicionamiento-de-la-fame-sobre-la-atencion-del-parto-en-casa/>
- Foucault, M. (1990). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: La Piqueta.
- Galera-Barbero, T. M., Aguilera-Manrique, G. (2021). Planned Home Birth in Low-Risk Pregnancies in Spain: A Descriptive Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18(7): 3784. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073784>
- Goer, H. (2008). *Guía de la mujer consciente para un parto mejor*. Tenerife: OB STARE.
- Hernández, J., De Maya, B., Echevarría, P. (2020). Etno-obstetricias hospitalarias mixtas: Redes clínicas de transición hacia la humanización asistencial. *Cultura de los Cuidados*. 58, 178-195. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.16>
- Illich, I. (1992). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). Anuario Estadística. Recuperado de: [http://Spanish Statistical Office \(INE\), https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=resultados&secc=1254736195443&idp=1254735573002#!tabs-1254736195551](http://Spanish Statistical Office (INE), https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=resultados&secc=1254736195443&idp=1254735573002#!tabs-1254736195551)
- Kitzinger, S. (2015). *La crisis del parto*. Tenerife: OB STARE.
- Menéndez, Eduardo L. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *NATURA MEDICATRIX* 51: 17-22.
- Michael, C.A. Janssen, P.A., Vedam, S., Hutton, E.K., & De Jonge, A. (2011). Planned Home vs Hospital Birth: A Meta-Analysis Gone Wrong. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health*. Recuperado de <http://www.medscape.com/v>

- [iewarticle/739987](#)
- Ministerio de Sanidad y Consumo Español, MSC. (2008) *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Madrid: MSC.
 - Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, MSPI. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Reproductiva*. Madrid: MSPI.
 - National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>.
 - NIUS. (9 de mayo de 2020). Se triplica la demanda de partos en casa durante el confinamiento en Cataluña. Niusdiario.es. Recuperado de https://www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/triplica-demanda-partos-casa-confinamiento-cataluna_18_2943945026.html
 - Odent, M. (2006). *La cesárea. ¿Problema o solución?* Barcelona: La liebre de marzo.
 - Odent, M. (2007). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Tenerife: OB STARE.
 - Odent, M. (2008). *Ecología prenatal*. Buenos Aires: Fundación Creavida.
 - Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev.*, 12 (9), 12-19. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/full>
 - Olza, I. (2017). *PARIR. El poder del parto respetad*. Barcelona: Ediciones B.
 - Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E.K. (2020). 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. *E. Clin. Med.* 21, 100319. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136633/>
 - Rico Becerra, J.I. & Cayuela, S. (2017). Ser profesional sanitario en el siglo XXI: algunos apuntes. *Cultura de los Cuidados*, 21(48), 119-130. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.14>.
 - Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.
 - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO. (2015). *Entrevista al presidente de la SEGO*. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?time_continue=14&v=lwVb0B3Ru5o
 - Smith, H.E. (1962). El concepto "INSTITUCIÓN": usos y tendencias. *Revista de estudios políticos* 125, 93-104.
 - Wax, J.R., Lucas, L.F., Lamont, M., Pinette, M.G., Cartin, A. & Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.*, 203, 203-243. Recuperado de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00671-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00671-X/fulltext)

- World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 326 (8452), 436-437. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- World Health Organization (1997). Care in Normal Birth: a Practical Guide. *Birth*, 24, 121– 123. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1997.00121.pp.x>.