



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE LETRAS

Aspectos Bioéticos del Parto Natural

Dº M. Pilar Marín Sánchez

2015

PALABRAS PRELIMINARES

El estudio que se presenta pretende analizar el parto natural desde la esfera de la morbilidad y mortalidad perinatal y un abordaje bioético del mismo, así como mostrar la opinión de la población sanitaria y general de la Comunidad Autónoma de Murcia sobre el parto natural.

Cada año hay una tasa de nacimiento de 18.9/1000 personas de la población, es decir, 255 nacimientos al minuto o 4.3 nacimientos por segundo en el mundo¹. En países en vías de desarrollo no hay elección de parto, pues no disponen de acceso a sistemas sanitarios. En los países desarrollados, la norma cultural es el parto hospitalario, pero la información actual indica que, hay un incremento pequeño, pero significativo del número de mujeres que tienen su parto fuera del hospital. En Estados Unidos la proporción de partos naturales ha aumentado un 29 % desde el 2004 al 2009 (del 0,56 % al 0,72%)².

En el buscador universal, “www.google.es”, se encuentra 117 millones de entradas diferentes para las palabras “home birth” en el año 2015, que está todavía sin finalizar (consultado el 19-1-2015). En el buscador científico Pubmed en el año 2014, hay 181 artículos publicados bajo las palabras claves de “home birth” (consultado el 20-1-2015).

Esto evidencia por un lado, que hay un incremento en las mujeres que solicitan un parto natural, que hay una necesidad de información de la sociedad actual y por último que hay un enfoque científico que de respuestas basadas en la evidencia sobre esta nueva tendencia, que ocurre exclusivamente en los países desarrollados. En el estudio de esta bibliografía hay un debate acalorado e inconcluso a día de hoy, sobre el parto planificado en casa.

Y de aquí radica el germen de este estudio, un abordaje del parto natural como causante de esta nueva tendencia en la población femenina y sanitaria, que levanta pasiones con posturas tan divergentes y enfrentadas.

Para una mejor comprensión del tema, el trabajo se ha dividido en dos partes, una teórica, donde se expone un estudio sobre los conocimientos de este tema y una parte práctica, que muestra los datos objetivos obtenidos del trabajo de campo realizado.

¹ SOURCE CIA THE WORLD FACTBOOK. Ined.<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2054.html>. Consultado 18-4-2014.

² C. BERHARD.- R. ZIELISNSKI.- K. ACKERSON.- J. ENGLISH., «Home Birth after hospital birth: women 's choices and reflections» en *J Midwife Women 's Health* 59 2 (2014) 161-166.

Se inicia la primera parte con una aproximación histórica obstétrica contextualizadora, para proseguir, en un segundo capítulo, clarificando los conceptos utilizados, con el fin de unificar criterios en la exposición y facilitar la comprensión de su lectura y la interpretación correcta de los textos. Se procede a un estudio de la evidencia sobre los resultados perinatales en el parto natural en comparación con el parto medicalizado hospitalario.

Para finalizar la parte teórica, se procede a un estudio pormenorizado sobre la bioética del parto natural y cuales son las posturas adoptadas por los organismos internacionales imbricados en la sanidad obstétrica.

La segunda parte de este trabajo muestra los resultados de una encuesta realizada y validada, para intentar analizar cuáles son las posturas que manifiesta la población general murciana y sus profesionales sanitarios. Se realiza primero un análisis descriptivo y factorial de los mismos. En un subanálisis se refleja las posturas bioéticas que expresan los encuestados.

Este trabajo finaliza con unas conclusiones para dar respuesta a los objetivos iniciales propuestos en el proyecto y una recapitulación final de las ideas fundamentales de esta investigación.

SIGLAS

AAP American Academy of Pediatrics

ACNM American College of Nurse-Midwife

ACOG American College of Obstetricians and Gynecologist

CDC Center for Disease Control and Prevention

CDN Convención sobre los Derechos del Niño

DT Desviación Típica

ENCA European Network of Childbirth Associations

FAME Federación de Asociaciones de Matronas de España

FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics

IC Intervalo de Confianza

IMBCO International Motherbaby Childbirth Organization

INE Instituto Nacional de Estadística

OMS Organización Mundial de la Salud

ONU Organización de Naciones Unidas

OPS Organización Panamericana de Salud

RCOG Royal College of Obstetricians and Gyneaecologist

RR Riesgo relativo

SEGO Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

UNESCO Agencia de la ONU para la Educación, la Ciencia y la Cultura

ÍNDICE

PALABRAS PRELIMINARES.....	2
SIGLAS	4
CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
1.- INTRODUCCIÓN	8
2.- HISTORIA DE LA OBSTETRICIA	9
2.1.- <i>Grecia</i>	<i>11</i>
2.2.- <i>Roma</i>	<i>12</i>
2.3.- <i>Bizancio</i>	<i>13</i>
2.4.- <i>Edad Moderna.....</i>	<i>14</i>
2.5.- <i>La Ilustración</i>	<i>15</i>
2.6.- <i>Siglo XIX.....</i>	<i>16</i>
2.7.- <i>Siglo XX</i>	<i>17</i>
3.- CESÁREA.....	20
4.- MEDICINA EXTRA - ACADÉMICA	23
4.1.- <i>Folkmedicina o sistemas médicos populares</i>	<i>23</i>
4.2.- <i>El naturismo, la homeopatía, el magnetismo animal y otros sistemas médicos.....</i>	<i>24</i>
CAPÍTULO II. PARTO NATURAL	
1.- INTRODUCCIÓN	26
2.- DEFINICIÓN DE PARTO.....	27
3.- TERMINOLOGÍA OBSTÉTRICA	28
4.- CARACTERÍSTICAS DEL PARTO	29
5.- DEFINICIONES PERINATOLÓGICAS.....	31
6.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	33
6.1.- <i>Maternos.....</i>	<i>34</i>
6.2.- <i>Mortalidad Neonatal</i>	<i>36</i>
6.3.- <i>Cifras Europeas</i>	<i>37</i>
6.4.- <i>Situación en España.....</i>	<i>39</i>
7.- RECOMENDACIONES DE LAS OMS SOBRE EL NACIMIENTO	41
8.- TIPOS DE PARTO	46
8.1.- <i>Parto normal.....</i>	<i>47</i>
8.2.- <i>Parto no intervenido</i>	<i>50</i>
8.3.- <i>Parto medicalizado.....</i>	<i>51</i>

8.4.- <i>Parto en el agua, Hidroparto o Parto acuático</i>	52
9.-PARTO NATURAL	54
9.1.- <i>Definición de parto natural</i>	56
9.2.- <i>Enfoque del parto natural</i>	60
9.3.- <i>Motivaciones y percepciones de las gestantes para llevar a cabo un parto natural</i>	62
9.4.- <i>Situación actual del parto natural</i>	65
9.5.- <i>Sistema sanitario español</i>	67
9.6.- <i>Ejes del parto natural</i>	68
9.7.- <i>Apoyo social. Asociaciones vinculadas con el parto natural</i>	70
9.8.- <i>Perfil de mujer</i>	75
9.9.- <i>Procedimientos</i>	76
10.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS PERINATALES SEGÚN EL TIPO DE PARTO: PARTO NATURAL VERSUS PARTO HOSPITALARIO	85
11.- CONCLUSIONES	113
 CAPÍTULO III. BIOÉTICA	
1.- INTRODUCCIÓN	115
2.- DEFINICIÓN DE BIOÉTICA	116
2.1.- <i>Ética y Moral</i>	117
2.2.- <i>Origen de la palabra Bioética</i>	119
2.3.- <i>Definición de Bioética</i>	121
2.4.- <i>Justificación de la bioética</i>	127
3.- CLASIFICACIÓN DE BIOÉTICA	130
4.- MÉTODO CIENTÍFICO EN LA BIOÉTICA	132
5.- PRINCIPIOS DE BIOÉTICA	134
5.1.- <i>Principio de autonomía</i>	134
5.2.- <i>Principio de beneficencia</i>	136
5.3.- <i>Principio de no maleficencia</i>	137
5.4.- <i>Principio de justicia</i>	137
5.5.- <i>Reflexiones sobre estos principios</i>	138
6.- CORRIENTES EN BIOÉTICA	139
7.- BIOÉTICA Y DERECHO	142
8.- BIOÉTICA Y PARTO	145
8.1.- <i>Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)</i>	147
8.2.- <i>Sociedad Americana de Obstetricia y Ginecología (ACOG)</i>	152
8.3.- <i>Academia Americana de Pediatría (APP)</i>	161

8.4.- Colegio Americano de Matronas	164
8.5.- Colegio Británico de Ginecología y Obstetricia (RCOG)	165
9.- PARTO NATURAL Y PADRES	168
10.- CONCLUSIONES.....	170
 CAPÍTULO IV. INVESTIGACIÓN	
TEMA 1.....	175
INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS, MATERIAL Y MÉTODO.....	175
1.- <i>Introducción</i>	175
2.- <i>Objetivos</i>	176
3.- <i>Material y Método</i>	177
TEMA 2.....	187
DATOS OBTENIDOS SEGÚN POBLACIONES Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS.....	187
1.- ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN GENERAL	187
1.1.- <i>Análisis descriptivo</i>	187
1.2.- <i>Análisis factorial</i>	190
1.3.- <i>Datos obtenidos de la población general</i>	216
1.4.- <i>Discusión y conclusiones de la población general</i>	218
2.- ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN SANITARIA	221
2.1.- <i>Análisis descriptivo</i>	221
2.2.- <i>Análisis factorial</i>	223
2.3.- <i>Datos obtenidos de la población sanitaria</i>	256
2.4.- <i>Discusión y conclusiones de la población sanitaria</i>	259
3.-CONSIDERACIONES DE LOS ASPECTOS BIOÉTICOS	265
3.1.- <i>Estadística descriptiva de los aspectos bioéticos</i>	265
3.2.- <i>Discusión bioética</i>	270
3.3.- <i>Conclusiones de los aspectos bioéticos</i>	276
TEMA 3.....	278
INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES FINALES DE LA INVESTIGACIÓN	278
RECAPITULACIONES FINALES.....	285
ANEXO.....	300
BIBLIOGRAFÍA.....	302

CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.- INTRODUCCIÓN

La Obstetricia y la Ginecología, en realidad son la misma especialidad y ambas partes están bien ensambladas para constituir un todo. Este “todo” es conocido, a veces, como *Ginecología*, sobre todo, cuando se quiere hablar de la totalidad de la especialidad. El término *Ginecología* se usa para hablar y tratar de los aspectos referidos a la fisiología, patología y terapéutica del aparato genital femenino, así como de la mama, cuando está fuera de su función de lactancia. El término de *Obstetricia*, término derivado del latín, *Obstetritia*, se reserva a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio e incluso, la lactancia.

¿Es el parto natural una vuelta al pasado?, ¿una vuelta hacia nuestra propia historia? Es por esto que es conveniente añadir brevemente un cierto bosquejo histórico de la especialidad, porque aportaría una orientación desde el pasado hasta nuestros días, sin necesidad de ser exhaustivos pero sí eficaces, en cuanto a señalar los lugares de donde venimos, con sus claros y oscuros de la disciplina, que ahora es científica. Este bosquejo será principalmente de la Obstetricia, puesto que es lo que nos ocupa en nuestra investigación.

Según Navarro y Usandizaga³, al principio de los tiempos, en el origen de la humanidad, el parto debió ser un proceso que tuvo que ser en soledad para la mujer, con gran mortalidad, tanto materna como fetal y, gran morbilidad para ambos igualmente.

La parturienta tuvo en algún momento que ser ayudada, probablemente por su pareja y, algún tiempo después por expertos; con mayor probabilidad, mujeres. Pero los riesgos inherentes al propio proceso, añadidos a las características del objeto del parto, que es el feto, el ser más desvalido de los de su reino, han conformado un proceso dificultoso para la madre y para el que va a nacer, que puede determinar la vida y la salud para ambos. Todo se justifica entonces, porque el parto debió llamar la atención de los observadores debido a su trascendencia y por otra parte, por las propias características antropológicas mencionadas anteriormente.

³ G. GONZÁLEZ NAVARRO.- J.A. USANDIZAGA BERIGUISTAIN., *Historia de la Obstetricia y Ginecología*. Tomo 1, Madrid 2011.

El ser humano⁴, es un animal que camina de forma erguida, pudiendo utilizar las manos, con una visión frontal y panorámica, lo que aumenta su campo visual. Con respecto a los demás animales, tiene enormes ventajas, pero a la vez, algunos inconvenientes, destacando la adaptación evolutiva de la pelvis femenina, condicionada principalmente por la deambulacion y por el tamaño fetal. Ambas circunstancias son determinantes para el mecanismo del parto.

La mayoría de los fetos, en la proximidad al parto, se sitúan en sentido longitudinal, con la presentación cefálica y el dorso antero-izquierdo, en razón de la constitución de la pelvis materna, y más concretamente, por su diámetro oblicuo mayor, que es el diámetro izquierdo.

Desde el punto de vista antropológico, esta situación adquirida de la pelvis, condicionada por la deambulacion, determina el mecanismo del parto.

El paso del feto por la pelvis se realiza con un movimiento de rotación interna que lo facilita, pero necesitará, en la mayoría de los casos, ayuda externa, ya que siendo la presentación más frecuente, la cefálica, en el momento de la expulsión de la cintura escapular, será indispensable otra rotación externa, para evitar complicaciones importantes. Es un movimiento a modo de tornillo de derecha a izquierda en el interior (rotación interna) y en el exterior, la presentación fetal, lo haría en sentido contrario (rotación externa).

La pelvis humana⁵ dispone de un dimorfismo sexual, que diferencia a la mujer del varón, y en él radica la modificación encaminada a permitir el parto.

La estructura pélvica⁶ no ha variado prácticamente en miles de años y sin embargo, a lo largo de la historia (neolítico, edad de bronce, precolombina, etc.) se describen anomalías pelvianas que avisan de la existencia de malformaciones y por consiguiente, de problemas obstétricos, problemas en el curso del parto.

2.- HISTORIA DE LA OBSTETRICIA

El hombre, desde su capacidad de nominar las cosas que le rodea, cuenta con una expresión añadida, tal vez más importante, y es la expresión artística. Capacidad de

⁴ J. GONZÁLEZ MERLO.- E. GONZÁLEZ BOSQUET., *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, Barcelona 2001.

⁵ J.L. ARSUAGA FERRERES., *Antropología del hueso coxal: Evolución dimorfismo sexual y variabilidad*. Tesis Doctoral UCM, Madrid 1990.

⁶ E. ADUIRRE., *Historia de la Medicina*, Barcelona 1972, 13.

representar con símbolos, por abstracción de su pensamiento, un lenguaje peculiar y un modo diferente de decir las cosas, aunque como diría Stendhal,⁷ las mismas cosas.

En el arte prehistórico, se encuentran datos que relacionan la reproducción, la fecundidad y la mujer, de un modo inequívoco. Y a lo largo de la historia, se nos advierte de cuantas posibilidades y peculiaridades tiene el arte de parir por medio de expresiones artísticas.

O'Dowd y Philips sitúan las primeras noticias de la especialidad en el Valle del Indus. Aparecen, en cuevas de dicho valle, pinturas de figuras femeninas embarazadas y dando a luz. También aparecen anomalías en torno al parto⁸.

La progresión cultural se ha desarrollado de una manera disociada, aunque todavía existen pueblos diseminados que mantienen sus costumbres y en los que juega un papel importante, el hechicero o el curandero del poblado.

Muchos mitos y normas supersticiosas son comunes en estos pueblos primitivos. Según Coury y Girod⁹ la actitud frente al hecho de dar a luz es diferente entre las tribus primitivas. América es el continente de contrastes más acusados y ofrece un amplio muestrario de todos los grados de desarrollo cultural. Con todos los riesgos que comporta sacar conclusiones de costumbres de pueblos primitivos, tenemos que admitir, que autores como Estrabón y Plinio, nos dieron observaciones muy importantes sobre las costumbres de estos pueblos.

Los cronistas españoles de Indias, así como las investigaciones etnológicas de finales del s. XIX y s. XX, han proporcionado una valiosa información sobre los hábitos de nuestros antepasados.

En algunas tribus, la mujer ante el parto se aísla y en otras comunidades constituye un acontecimiento jubiloso y educacional, ya que es abierto a los niños. Cuando la mujer se aísla lo hace para no impurificar la vivienda y se retira a una especie de “*cabaña de sangre*”, construida al efecto, fuera del poblado.

El hechicero no asiste al parto, salvo si es llamado por anomalías del mismo. Aunque su actuación se limitaría a los procedimientos mágicos en respuesta a problemas incluso sociales, derivados de adulterios u ofensas a antepasados, que hayan podido condicionar las alteraciones sobrevenidas. Todo tipo de pócimas y diversos elementos medicamentosos, eran utilizados para mitigar el dolor o con capacidad excitante de las

⁷ L. STEHNDAL., *Paseos por Roma. Obras completas* II, Madrid 1988, 410.

⁸ M.A. O'DOWD.- E.E. PHILIPS., *Historia de la Obstetricia y Ginecología*, Barcelona 1994.

⁹ C.H. COURY.- L. GIROD., *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona 1872, 41.

contracciones uterinas (oxitócicas). Masajes y maniobras para rectificar la situación fetal o la dilatación del canal blando del parto, eran conocidas desde tiempo inmemorial.

Por centrarnos en la obstetricia española primitiva, sería de interés comentar, como Estrabón hacía referencia al “*rito de la cova*”, rito propio de las poblaciones del mediterráneo¹⁰. Este rito estaba muy extendido en España y perdura, en cierto sentido, en el norte peninsular, hasta mediados del siglo XIX, según relata Julio Caro Baroja¹¹.

Se trata de una costumbre del marido, por la cual, una vez terminado el parto de su mujer, este se introducía en la cama para recibir visitas y regalos. En algunas tribus de la Amazonía aún se encuentran relatos parecidos en mitad del siglo XX¹².

Será necesario dar un salto histórico con el objeto de adentrarnos en la Medicina que deja la superstición fetichista para encaminarse al terreno científico.

En la antigüedad clásica, la ciencia pasa por tres etapas, que de forma didáctica se podrían expresar:

- I. Ciencia Helena. Grecia s. VI y III a. C. con Aristóteles e Hipócrates
- II. Ciencia Alejandrina s. II y I a. C.
- III. Época Romana s. I y IV d. C.

2.1- Grecia

Grecia fue el origen de la medicina científica, sobre todo, con Hipócrates. El *Corpus Hippocraticum* se basa en tres pilares fundamentales:

a) El hombre tiene una comunidad en su dinámica y estructura con todos los entes naturales, en particular los seres vivos.

b) La Medicina técnica se basa en el conocimiento científico de la naturaleza.

c) La profesión médica requiere unas normas de comportamiento ético que la distinguen de otros oficios “sanadores”; de aquí el compromiso que deben adquirir, los que quieren ejercer la Medicina, que se plasma en el JURAMENTO HIPOCRÁTICO. Juramento establecido en el 380 a. C. y en él queda fuertemente actualizado el abandono

¹⁰ E. CASAS GASPA., *Creencias, costumbres y supersticiones relacionadas con el nacimiento*, Madrid 1932, 24.

¹¹ J. CARO BAROJA., *Los pueblos del norte de la Península Ibérica*, Madrid 1943.

¹² J.M. MARÍN MUSSO., en la Conferencia Inaugural del Congreso Nacional de Ecografía, Murcia 2008.

de la superstición, la brujería y las maniobras estériles, y la apertura al camino de lo científico y lo ético¹³.

Aquí se estudia la gestación y se establece que su duración es de 280 días. Estudia el puerperio y su patología, en especial, la retención de loquios y la sepsis. Recomiendan la lactancia materna, conocen el aborto y sus causas, así como métodos abortivos, pero los prohíben, como reza en el juramento Hipocrático y un largo etcétera, de diversas cuestiones sobre la salud y la enfermedad de la mujer, que hoy nos asombran.

2.2.- Roma

La Medicina romana deriva de la cultura etrusco-latina, con un panteón de dioses muy amplio, relacionados con la tarea sanitaria, como *Lucina*, protectora de la menstruación y de los embarazos. Roma también incorporó dioses griegos como *Aesclepio*, con el nombre de *Esculapio* (Dios de la Medicina). En todo caso, la evolución científica de la medicina viene de las influencias griegas principalmente. Roma era la caja de resonancia de la cultura griega y por tanto, en la medicina también.

Influencias alejandrinas se incorporan a los saberes médicos, sobre todo, de la mano de *Aulo Cornelio Celso*, que vivió en el s I d.C., en su obra "*re medica*", recopilada en latín, el cual se utilizó como libro de texto hasta el s. XVIII. En la obra citada, se encuentran la versión podálica, el prolapso de útero y su tratamiento y el espéculo como herramienta para poder acceder a visualizar el cuello uterino.

Es *Sorano de Efeso* quien debe ser considerado como el *primer ginecólogo* de la historia. Pertenece a la escuela metódica frente a la pneumática, por tanto, las morbosidades se deben, para él, al equilibrio entre contracción y relajación de los vasos. Sorano escribió el primer manual ginecológico que se conserva en la Biblioteca Real de Bruselas y, en él se habla, sobre las diversas posiciones fetales.

Fue anatomista, debido a su formación alejandrina y describió el útero y las trompas, aunque estas últimas lleven el nombre de trompas de Falopio, que así han pasado a la historia. También estudia el embarazo y sus síntomas, así como la silla de parir y mencionó la bondad que se obtenía en la protección del periné. En los partos difíciles,

¹³ TRATADOS HIPOCRÁTICOS IV., *Tratados Ginecológicos: sobre las enfermedades de las mujeres. Sobre las mujeres estériles. Sobre las enfermedades de las vírgenes. Sobre la Superfetación. Sobre la escisión del feto. Sobre la naturaleza de la mujer*, Madrid 1888.

aconsejó prudencia a los médicos y comadronas, intentando un correcto diagnóstico de la presentación y la posición fetal.

Hay que llegar a *Galeno*, año 129 d.C. para contemplar recopilados todos los saberes de la Antigüedad Clásica. Construyó el primer paradigma médico, el Anatómico-Fisiológico, cuya influencia fue tan grande que condicionó la práctica médica de los 14 siglos posteriores a su muerte.

Reconoce los ovarios como si se tratase de testículos femeninos y también reconoce el semen masculino y femenino, pero con distintas misiones. Dice que la menstruación comienza a los 14 años y que se repite cada 29 días y medio. Estaba convencido de la viabilidad de los fetos de siete meses, no tanto como los de ocho. Afirmaba que la duración del embarazo es de nueve meses y la causa del parto se debía a la madurez fetal y a su deseo de salir al exterior por tener hambre.

En Roma existía la obligación de practicar la *cesárea*, siempre *postmortem*, nunca antes, aunque existiese la indicación establecida por medio de *la LEX REGIA* de *Numa Pompilius*¹⁴ (715-672).

El gran Galeno no mostró mucho interés por la obstetricia y con la caída del Imperio Romano s. V, el progreso de la medicina y por tanto, de la obstetricia quedó confinado a traducciones al latín, en los monasterios, hasta el Siglo XII.

2.3.- Bizancio

Bizancio recupera los saberes y conocimientos greco-romanos, sin apenas aportaciones de interés. La medicina y la ginecología de los siglos XII y XIII, estuvo liderada por el Islam. La disección fue prohibida en los cuerpos humanos cadáveres y la obstetricia únicamente fue practicada por la mujer experta¹⁵. Dos figuras a resaltar:

Ibsina (Avicena), 980-1057, médico persa, sí se permitió practicar disecciones en cadáveres de forma secreta, con lo que de algún modo retomó la escuela alejandrina, de cuyos escritos se valió, igual que de la escuela cordobesa, cuyos 16.000 volúmenes bibliografiados, daban conocimientos a una de las escuelas más prestigiosas en el Califato de Occidente.

¹⁴ P.B. ARIES.- G. DUBY., *Historia de la vida privada*, Madrid 1987, 26.

¹⁵ O'DOWD, *Historia de la Ginecología y Obstetricia*.

Al-bucasis, (936-1013), de origen español, describió como distócica, la presentación de frente, recomendó la posición colgante para el parto y la embriotomía, en caso de necesidad.

A partir del siglo XII y XIII, se inicia un franco avance, sobre todo en Europa, con la creación de universidades como París, Bolonia, Oxford, Montpellier, etc.

En esta última se formó *Arnaldo de Vilanova*, español, nacido en 1230, que prestó especial atención a diversos aspectos de la obstetricia y ginecología. Introdujo conceptos como embarazo normal y patológico, la versión cefálica y podálica, la esterilidad y por vez primera, comenzó a hablar de la sexualidad.

2.4.- Edad Moderna

A principios del renacimiento, aún se citan autores como Galeno, con lo que queda de manifiesto que la medicina de la antigüedad clásica, sigue vigente, pero personajes, como *Leonardo Da Vinci* (1510), se convierten en el paradigma del estudio anatómico, disecando cadáveres para sus dibujos, con gran influencia en médicos y cirujanos de su tiempo, y en todas las manifestaciones del saber.

Andreas Vesalius (1543), gran anatomista y en su trabajo "*De Humani Corporis Fabrica*", detalla con gran exactitud los genitales externos femeninos.

Arancio, describió la anatomía del útero gestante y en el feto, y el conducto que lleva su nombre.

Philippus Aureolus Bombast von Hohenheim, conocido como *Paracelsus* (1493-1541), fue conocido como gran revolucionario y llegó a quemar, tal vez fruto de una extravagancia, los libros de Galeno y Avicena en la plaza de la Universidad de Basilea, pero mantenía que la medicina debería ser diferente para la mujer y para el varón. Fue el primero que utilizó el mercurio para el tratamiento de la sífilis.

En esta densa época ocurre un acontecimiento singular y es que por primera vez en siglos, se *vuelve a llamar al médico en la asistencia al parto, que hasta ahora estaba en manos de mujeres expertas.*

Paralelamente a estos acontecimientos surge la enseñanza de la obstetricia iniciada por una figura importante, como fue *Ambrosio Paré* (1510-1540), cirujano del Hôtel Dieu de París, quien se interesa de forma científica de la asistencia al parto. De él aprendieron numerosos cirujanos y comadronas, empeñados en encontrar soluciones para las distocias.

A comienzo del siglo XVII, aparece en el panorama médico de la obstetricia, nada menos que la figura de *Francois de Moriceau* (1637-1709), y de sus escritos se deduce, que la Obstetricia entra realmente en el terreno científico. Describió, como Paré, la versión interna, el mecanismo del parto, etc. Denomina por vez primera, el concepto de estrechez pélvica, dando lugar al conocimiento con detalle de la pelvis. Inventa una maniobra para la extracción de la cabeza fetal en las presentación de nalgas, que lleva su nombre y que se emplea en la actualidad, siglo XXI. También trató de la cesárea, de la eclampsia, del embarazo ectópico y defendió el decúbito supino como postura idónea para la asistencia al parto.

Chamberlain (1575-1628) inventó un instrumento de enorme eficacia para la extracción de la cabeza fetal en determinados partos distócicos. Esta especie de tenaza, llamada *Fórceps*, curiosamente permaneció oculta al conocimiento general de la obstetricia durante casi un siglo, teniendo que intervenir la Real Academia de Medicina de París, quien encargaría a *Moriceau* el ensayo del aparato, con resultado no excesivamente positivo.

En la actualidad, se sigue utilizando el fórceps, según escuelas y compitiendo con la conocida ventosa y el kiwi, aunque tienen indicaciones diferentes, pues el fórceps, es un instrumento también rotador y los otros no.

2.5.- La Ilustración

El Siglo XVIII, época de la Ilustración, de la razón y del humanismo. Con *Louis de Baudelocque* (1712-1759), se inicia el conocimiento mensurado de la pelvis femenina (pelvimetría), que luego daría lugar al sustento anatómico del estudio antropológico del parto, tanto anatómico como también funcional.

Desde entonces el mecanismo pélvico del parto humano ha cambiado poco. El paso de la cabeza fetal por la pelvis femenina queda explicado y, sobre todo, condicionado por las distintas dimensiones de los diámetros pélvicos, que a su vez se condicionaban por la bipedestación y la basculación pélvica subsecuente y por supuesto también por las dimensiones de la cabeza fetal¹⁶.

Roederer (1726-1759), describe el encajamiento de la cabeza fetal en el paso de ésta por la pelvis. Autores como *William Hunter*, *Charles White*, *Alexander Gordon*, *Jean*

¹⁶ L. CABERO ROURA., *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, Madrid 2003.

Astruc, Baer, Naegele y Bautista Morgagni, fundador de la anatomía patológica, fueron nombres conocidos por los especialistas y por la mayoría de los profesionales de la medicina, ya que son pivotes importantes para la ginecología.

2.6.- Siglo XIX

En este siglo aparecen dos movimientos importantes y que enmarcan la situación ginecológica. De una parte, el romanticismo con sus tendencias artísticas y culturales, que tiene lugar en el segundo cuarto de siglo y, de otra el positivismo, movimiento científico filosófico, que aparece en la segunda mitad del siglo, caracterizado por los grandes adelantos científicos, sobre todo, en la Física y Química, que hacen al médico inclinarse a la experimentación como nunca antes lo había estado.

El acontecimiento más importante de este tiempo, tanto para la especialidad como para la medicina en general, fue la *profilaxis de la infección puerperal*. A principio del siglo XIX, la mortalidad fetal y materna era elevada, pero se constata un hecho muy interesante: la mortalidad era mayor en las maternidades que en los partos atendidos a domicilio. Analizada esta situación, se concluye que en las maternidades, los alumnos y más frecuentemente de matronas, asistían los partos al mismo tiempo que atendían a enfermas de fiebre puerperal.

Pero como pasa tantas veces en Medicina, *Robert Collin* (1801- 1896), comunicó a la comunidad científica, que había disminuido la mortalidad materno-fetal, mediante el empleo de Clorine, sustancia empleada para desinfectarse las manos, antes de la asistencia al parto.

En Estados Unidos, *Olive Wendell Holms* (1809-1894), publicó que la fiebre puerperal era transmitida del médico o de la comadrona a la parturienta, preconizando una serie de medidas para mitigar esta situación.

Pero fue *Ignaz Philipp Semmelweis*, húngaro de la escuela vienesa y alumno de *Rokitanski*, quien contribuyó definitivamente a resolver el problema, al obligar a los alumnos a lavarse las manos con Clorine,¹⁷ antes de atender a las parturientas.

Las pacientes atendidas a domicilio no se mezclaban con las enfermas de fiebre puerperal, estaban mejor alimentadas y cuidadas, al contrario de las pacientes ingresadas

¹⁷ GONZÁLEZ NAVARRO, *Historia de la Obstetricia y Ginecología Española*.

en las maternidades, que por lo general, eran de peor condición social y peor condición nutritiva. La medicina social tuvo que esperar días mejores para volver con mucha fuerza.

Posteriormente, *Joseph Lister*¹⁸ (1827-1894), creó el concepto de asepsia y antisepsia y *Louis Pasteur* (1822-1848), descubre el estreptococo como el causante de la fiebre puerperal.

La cesárea abdominal, que disponía de una elevada mortalidad materna, mejoró ostensiblemente debido de una parte, a la asepsia y antisepsia de Lister y de otra, a la mejora de la sutura, junto con el cuidado de la hemostasia.

Con *James Young Simpson* (1811-1870) se desarrolla la anestesia en la obstetricia. Introdujo la anestesia clorofórmica, con algunas críticas y dificultades. No debemos olvidar que, *Agnes Sampson* fue ejecutada en 1591, por intentar quitar el dolor en el parto, protegido de modo bíblico.

Pinard en 1895, inventa una especie de trompetilla, que aplicada en el abdomen de la gestante, permitía escuchar los latidos fetales haciendo control de los mismos, en sentido positivo y negativo. Se conocía que tras una contracción uterina, era frecuente un enlentecimiento cardíaco fetal, que se consideraba adecuado, dependiendo de su duración. En la actualidad la dicha bradicardia estaría controvertida.

Los cuidados prenatales son objeto de atención desde antiguo. En 1540, *Reinald*, trata estos aspectos, en su libro "*Birth of Mankynde*"; *Francois de Moriceau* en "*Des Maladies des femmes grosses et accouchees*", dedicando varios capítulos en este sentido. Pero el primer libro, dedicado exclusivamente a los cuidados prenatales, se debe a *Tomás Bull* (1837), con el título "*Hints to mother for the manegement of health during the period of prenancy and in the lying-in room*".

Al mismo tiempo se fueron creando distintos albergues y centros, que se ocupaban de aquellas gestantes de preferencia, las de menos recursos y de bajo estatus.

La obstetricia del Siglo XIX, va adquiriendo nivel técnico y científico, al incorporar conceptos psicológicos, embriológicos, histopatológicos y terapéuticos.

2.7.- Siglo XX

A comienzo de siglo, se hospitaliza a la mujer embarazada, creando camas en diferentes hospitales, en principio para mujeres gestantes con patologías propias de la

¹⁸ CABERO ROURA, *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*.

gestación, pero más tarde, se extienden a toda gestante y las visitas a las mismas, se hacen sistemáticamente. En Boston 1901, la *Instructive Nursing Association*, crea un sistema generalizado para toda gestante, constituyendo un gran éxito, que hizo extenderse los cuidados prenatales, la asistencia hospitalaria del parto y también sus aspectos sociales.

La radiología, los ultrasonidos, el registro continuo fetal de Caldeiro Barcia, la ecografía introducida por Ian Donald, el Doppler Color, permite el estudio fetal y su control durante la gestación y el parto.

El siglo XX ha cambiado la asistencia al parto y el número de mujeres que ingresan en las maternidades es cercano al 100%, sobre todo, en los países desarrollados. Coincidiendo con el parto hospitalario, el médico obstetra cada vez asume un papel más importante en la dirección del mismo.

La analgesia alcanza un valor prácticamente imprescindible y es el médico especialista en esta habilidad, quien debe estar presente para este cometido.

Uno de los aspectos más interesantes adquiridos a finales del siglo y principio del XXI, ha sido la atención prestada a la salud fetal, tanto en su etapa intrauterina, incluso antes de su concepción, como en su etapa neonatal, poniendo a punto los recursos necesarios para conseguir la adecuada profilaxis, el diagnóstico y el tratamiento de sus posibles alteraciones. Se ha propuesto que el término clásico de Obstetricia se cambie por el más amplio de Medicina Materno-Fetal.

En la actualidad el contenido de la Obstetricia está incluido en la definición de la *Comisión Nacional de la Especialidad*, comunicada el 15 de Julio de 1986, quien la entiende como:

- Los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana.
- De la fisiología de la gestación, parto y puerperio así como de sus desviaciones patológicas.
- De la fisiología y patología inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama.
- De los aspectos preventivos, psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores. Dentro de este apartado figuran, inexorablemente conocimientos básicos de sexología.

A todo lo dicho se ha incorporado conocimientos en:

- Biología celular y molecular.
- Genética reproductiva.

- Inmunología de la reproducción.
- Factores de crecimiento en la biología reproductiva de la mujer.

Todos estos conocimientos se agrupan en cuatro apartados:

- a) *Medicina materno-fetal*
- b) *Ginecología general*
- c) *Oncología*
- d) *Ginecología endocrinológica y reproducción humana*

Actualmente es importante el control del feto mediante el diagnóstico precoz, con lo que se encuentran la mayoría de los defectos congénitos (70%). Desafortunadamente la corrección de estos defectos congénitos mediante cirugía intrauterina tiene aún grandes limitaciones.

Lógicamente, la asistencia al parto tiene características diferenciales con épocas anteriores.

En España, casi la totalidad de los partos se atienden en maternidades incluidas en complejos hospitalarios, en donde el uso de anestesia (epidural) se ha generalizado, el número de inducciones ha aumentado y la terminación operatoria también.

Así, el número de cesáreas en los años 2000, aumentó en todas las Comunidades Autónomas¹⁹ (Cataluña, 23,26 %, Galicia el 27,25 %, Andalucía 24,15% en el año 2005).

Estas circunstancias provocan reflexiones en sentido crítico, y por otra parte, se justifican por la excesiva presión medico-legal y por falta de habilidades en la formación de la especialidad, salvo la espera armada.

Quizás, cabría preguntarse, ¿cuál es el mejor tratamiento que le puede ofrecer un especialista a la mujer que le ha confiado el cuidado de su embarazo y parto? Este tipo de dudas surgen en la práctica clínica. Poder contestar la pregunta anterior genera un desafío. Opciones sólo hay dos: o nos actualizamos tomando contacto con la evidencia científica adecuada o caemos en la desactualización, con el consiguiente perjuicio para nuestras pacientes²⁰. Sin embargo, la cantidad de literatura científica circulante hace difícil examinar la evidencia de forma completa.

¹⁹ ESTADÍSTICAS DE PARTO., http://www.estadisticasdeparto.com/2011/02/presentacion_19.html. Consultado el 12-12-2014.

²⁰ S.L. STRAUSS.- F.A. MC ALISTER., «Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms» en *CMAJ* 163 (2000) 837-41.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica y encontrada la evidencia, esta debe ser valorada críticamente para sopesar su validez metodológica y su aplicabilidad. Así podremos tener la respuesta a nuestra pregunta clínica.

La medicina basada en la evidencia es un término que fue introducido por vez primera en 1991, por un grupo de médicos académicos, como una nueva manera de enseñar la medicina²¹. Creando un nuevo paradigma científico, desplazando al viejo paradigma, que acepta como base suficiente la intuición, la experiencia clínica no sistemática y la fisiopatología.

3.- CESÁREA

Por razones de oportunidad, vemos necesario añadir unos trazos a este resumen histórico de la especialidad, con un apunte de historia de la intervención más realizada en cirugía en todos los tiempos, como es la cesárea.

En cuanto a su nombre no se debe al hecho de que Julio Cesar naciera por medio de este procedimiento. Probablemente la denominación de la intervención se deba al verbo latino *caedere* “cortar”, término introducido en la Edad Media. Debemos tener presente que tanto en la mitología griega, como en la romana; la cesárea se consideraba como el parto propio de dioses y semidioses. Ya San Agustín, apuntaba que el parir entre “heces y orina” no era muy recomendable, considerando la cesárea como un buen procedimiento²².

Es interesante decir, por otra parte, que el parto por vía abdominal no se menciona en Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo, Sorano, ni por ningún otro escritor médico de ese tiempo. Especialmente Sorano, con su extenso trabajo realizado en el siglo II d.C., que abarca todos los campos de la obstetricia, y no se refiere en ningún momento, a esta intervención.

Es cierto que, en el Talmud, aparecen varias referencias a los partos abdominales, considerando que las pacientes sometidas a dichos partos, no tenían que proceder a su purificación, dando a entender que la supervivencia materna, al menos alguna vez, se daba. Sin embargo, no hay ninguna duda de que si se practicó la cesárea, puede que fuese por primera vez, con la paciente muerta para asegurarse el bautismo, una vez que prevaleció el

²¹ G.H. GUYATT., «Evidence-based medicine» en *ACP Journal Club* (1991) A-16.

²² J. CRUZ HERMIDA., *La operación cesárea a través de la Historia: mito, anécdotas y leyendas sobre la misma*, Madrid 2003.

cristianismo. Es ejemplo, el nacimiento propiciado por el Señor de Guevara robando a D.^a Urraca de sus entrañas a su hijo, una vez ésta fallecida, (de ahí viene ladrón de Guevara, como apellido). O el nacimiento de San Ramón tras varios días muerta su madre ²³.

La cesárea se recomendó en el año 1500-1581²⁴ y en paciente viva, por Francois Rousset, que publicó un trabajo preñado de detalles titulado “*Traité Nouveau de L’Hystérotomie ou l’Enfantement Césarien*”. La información del autor se origina debido a las cartas de los amigos. El publicó la realización de 14 intervenciones, seis de las cuales se realizó en la misma paciente, hecho casi imposible para la época, aunque afirma que con éxito.

Sin duda, los primeros pasos de la cesárea, fueron seguidos de gran mortalidad materna y así continua hasta principio del siglo XX. En Gran Bretaña e Irlanda en el año 1865, la tasa de mortalidad materna por cesárea alcanza el 85%. En París en los años 90, antes de 1876 no se realizó ningún caso de cesárea con éxito. Gueniot observó en París, 40 cesáreas realizadas seguidas de muerte de las pacientes como consecuencia de la intervención²⁵.

El punto clave en la evolución de la cesárea se produce cuando *Max Sänger*, en 1882 introdujo la sutura uterina, que hasta entonces se consideraba inconveniente e innecesaria. Diversas técnicas y autores componen una larga lista, en donde se propone suturar la histerotomía. Citaré a *Eduardo Porro* y su protagonista la Sra. Julia Covallini, no solo por el éxito obtenido, que lo tuvo, sino porque ha llegado a nuestros días con el nombre de “*Porro*” una intervención que consiste en la práctica de una cesárea seguida de histerectomía por diferentes motivos²⁶.

Le siguió la técnica extraperitoneal y luego un largo camino de éxitos con la mejoría en las técnicas anestésicas, la transfusión y la llegada de los antibióticos.

En los años 70 del siglo XX, el índice de cesáreas fue del 6%, pero con el transcurso de los años, estamos rozando cifras que algunos consideran escandalosas por excesivas. En esta situación, en la actualidad y según ambientes, se está cercano al 45%. Tal vez, estas cifras estarían inspiradas en San Agustín o en la mitología, tanto griega como romana o la hindú, que preconizaban el parto abdominal para no contaminarse con las heces y la orina, por considerar que el parto de los dioses era éste.

²³ Ibid

²⁴ J. THORWALD., *El siglo de los Cirujanos*, Barcelona 1970.

²⁵ A. BIBEMONT DESSAIGNES., *Tratado de Obstetricia*. Tomo II, Madrid 1904.

²⁶ L.M. HELLMAN.- J.A . PRITCHARD., *Williams Obstetricia*, Barcelona 1975.

Pero en la actualidad, estas cifras nos parecen excesivas, y no disponemos de tantos dioses. Existen motivos que encontramos evidentes para esta situación, y sin duda se justifican de una parte, por la mejora de la técnica en la intervención y por otra, por la falta de entrenamiento de los futuros ginecólogos.

Habría que evocar la cesárea preconizada por *Stark*, llamada de Misgav Ladach por el nombre del hospital de Jerusalén en que se practicó por primera vez, porque ha minimizado mucho los problemas de esta intervención.

El aumento del número de cesáreas se debe a diversas circunstancias que enumero a continuación como:

- Minimizar riesgos fetales.
- Elección de fecha de parto.
- Presión médico-legal.
- Falta de preparación tocúrgica.

Dichas circunstancias, aunque actúen en diversos grados, pueden ser suficientes para inducir una reflexión.

También es importante analizar los diversos motivos por los que en la actualidad se quiera disminuir el número de cesáreas:

- No es una intervención exenta de riesgos; tiene su morbi-mortalidad.
- Encarece la asistencia al parto. Estancia hospitalaria.
- Es limitante para el número de hijos.

La primera razón sería la más justificable bajo el punto de vista ético. En cuanto al número de hijos, existen otros motivos a tener en cuenta que actuarían de modo más decisivo.

Podríamos decir, que la cesárea es una intervención del siglo XX y la intervención quirúrgica más utilizada del siglo XXI, pero cuando apuntábamos la falta de preparación tocúrgica nos tendremos también que preguntar, si la tocúrgica de los siglos XVI, XVII, XVIII, y XIX, minimiza riesgos de un modo netamente considerable o si la presión médico-legal va a dejar de influir en la toma de decisiones obstétricas. Y por último, también nos preguntamos, si los procedimientos encaminados a disminuir el número de estas intervenciones, obtendrán, en el tiempo, los resultados perinatales soñados en la especialidad y/o los conseguidos en la actualidad y/o mejorarlos en el futuro.

El Doctor José Antonio Usandizaga, en su prólogo a “la Operación cesárea a través de la Historia” de Don Julio Cruz Hermida, termina preguntándose si la cesárea puede constituir, en algún momento, una vía alternativa al parto vaginal.

4.- MEDICINA EXTRA - ACADÉMICA

4.1.- Folkmedicina o sistemas médicos populares

Son sistemas de creencias, valores, ideas, vocablos, costumbres y prácticas relativos a la salud y a las enfermedades del llamado “pueblo médico”. Podemos decir que el sistema está integrado por todas las personas que no tienen las posiciones y funciones sociales propias de los profesionales de la salud.

En cada sociedad, las folkmedicinas son el resultado de la asimilación por parte del “pueblo médico” de elementos procedentes de las culturas con las que se ha convivido a lo largo de su historia.

Entre sus manifestaciones figuran las enfermedades derivadas de castigos divinos, las posesiones diabólicas, los embrujamientos, etc. Así, se achacan las malformaciones anatómicas del recién nacido a que sus madres no han realizado determinados deseos o “antojos”.

En las terapéuticas, se combinan métodos mágicos-religiosos, conjuros, ensalmos, oraciones y ritos penitenciales, con el empleo de masajes, baños, calor, intervenciones quirúrgicas menores y una amplia serie de “*productos naturales*”, sobre todo vegetales, a los que atribuyen propiedades curativas.

En la prevención intervienen, de un modo muy generalizado los talismanes, cuya función dependen de su propia materia, como imanes, piedras preciosas o semipreciosas. La astrología procedente de Mesopotamia, tiene parecidos efectos curativos. La medicina clásica, con la que hemos convivido dos mil años nos deja sus fórmulas curativas también. El refrán castellano, “*a grandes males, grandes remedios*”, pertenece a un tratado Hipocrático, o “*de grandes cenas está la sepultura llena*”, pertenece a la escuela médica medieval de Salerno.

En la actualidad, en las sociedades desarrolladas, estos aspectos de la folkmedicina están enmascarados por formas o elementos de medicina científica moderna, como infecciones de bacterias y virus, el significado de la tensión arterial o la influencia

patógena del colesterol. El mejor sentido, que tiene este tipo de medicina, está en el conocimiento de la existencia de la misma, para poder entender al paciente de la actualidad.

4.2.- El naturismo, la homeopatía, el magnetismo animal y otros sistemas médicos

El vocablo “*naturismo*” se puede encontrar en la actualidad asociado a distintas tendencias ecologistas, por lo que se utiliza de un modo bastante impreciso, cuando no erróneo.

En sentido estricto, la *medicina naturista o neo-hipocrática*, es una corriente de profesionales de la medicina, con titulación universitaria y formación científica moderna, cuyo inicio se debe a una reacción frente al sesgo experimentalista de la medicina actual, que encabezaron figuras como *Ernest Schwenninger* y *Franz Chönnenberger*, profesores de la Universidad de Berlín, con el deseo de acabar con la medicina experimentalista y retornar las estructuras de la medicina hipocrática clásica, de la fuerza curativa del propio enfermo y en general, de la naturaleza.

Silverio Palafox, uno de sus destacados seguidores en España, afirma que se debería investigar como la propia naturaleza enferma tiende a curarse desde sí misma. Es necesario no crear confusión de este naturismo con los innumerables movimientos de curanderos y otras especulaciones autodenominadas “*medicina natural*”.

El principal origen de la llamada “*medicina natural*”, se encuentra en la “*Naturheilkunden*” en la Alemania del S. XIX propugnada por el campesino *Vinzenz Priessnitz* y el sacerdote católico *Sebastian Kneipp*, defensores de las virtudes curativas del agua, las dietas rústicas y las plantas medicinales.

Otros movimientos como el *magnetismo mesmeriano* (*Franz Anton Mesmer*) deben sus éxitos científicos a la sugestión hipnótica y no a sus postulados. La hipnosis fue uno de los puntos de partida de la psicoterapia científica.

Rango inferior al naturismo y a la homeopatía tienen *la osteopatía* y *la quiropráctica*, sistemas aparecidos en la mitad del s. XIX en Estados Unidos, basados en la manipulación de la columna vertebral y las articulaciones de las zonas afectas.

Es muy frecuente la mezcla, con fines lucrativos, de elementos de toda procedencia, que utilizan los medios de comunicación de masas, dando crédito sanador a diferentes elementos como agua, pulseras, “*cruces magnéticas*”, productos “*naturales*”, diagnóstico

por el iris o astrológicos, “las lunas,” que determinan la fecha de parto, hábilmente mezcladas con las nuevas tecnologías como el “láser”.

La *homeopatía* se opuso tanto al escepticismo terapéutico, como a los peligrosos tratamientos de la época, lo que explica su pronta difusión internacional. Es curioso, que se presente actualmente con un cierto aspecto novedoso, cuando tuvo una gran difusión en España en el siglo XIX, cuyo máximo representante fue el cirujano *Joaquín Hysern*. Como la medicina naturista, la homeopatía actual, intenta demostrar sus postulados, en especial con la “acción dinámica” de las dosis infinitesimales²⁷.

Tenemos que hacer referencia, imposible no hacerlo, a la medicina clásica de los sistemas médicos de China y de India, que han perdurado y conservado su esencia, hasta nuestros días y convivido con el sistema de medicina científica moderna europea.

En China el número de sanitarios clásicos es mucho mayor que el de médicos dedicados a la medicina científica. Su predicamento es tan importante como para extenderse a países del Extremo Oriente, de donde procede a la aparición de variantes en el Japón, Indochina y el Tíbet y desde hace mucho tiempo, éstos han influido en nuestra cultura médica europea como la acupuntura, el yoga, etc.

Los textos más antiguos conocidos son las colecciones atribuidas a Susruta y Caraka, redactadas posiblemente en torno al Siglo I a.C. En ellas, como en la cultura clásica griega, se expresa que el organismo humano está relacionado con el universo con elementos comunes: éter o vacío, aire, agua, tierra y fuego. Tres de ellos se relacionan directamente con el funcionamiento del cuerpo humano encarnándose en tres humores: el aire en el aliento “*prana*”, el fuego en la bilis “*pita*” y el agua en la flema o moco “*kapha*”. Los conocimientos anatómicos están basados en la inspección de los cuerpos de cadáveres humanos, aunque sin disección. Las enfermedades dependen del desequilibrio de los humores.

²⁷ J.M. LOPEZ PIÑERO.- M.L. TERRADA., *Introducción a la Medicina*, Iª Edición Ed. Crítica, Barcelona 2000.

CAPÍTULO II. PARTO NATURAL

1.- INTRODUCCIÓN

La sociedad actual vive un período de grandes y profundos cambios, cuyo origen podemos buscarlo en la industrialización del siglo XIX, que desembocó en otros cambios, que supusieron la modernización de los países industrializados, hasta lo que se ha llamado en nuestros días, la “sociedad de la información y la globalización”.

Esta sociedad se caracteriza porque los procesos informativos tienen gran relevancia. La difusión de la información es elemento indispensable de nuestra sociedad, con gran desarrollo en la aplicación en el ámbito científico y educacional. Hay un extraordinario avance en la manera de adquirir el conocimiento y difundirlo globalmente.

En nuestra historia reciente, hemos asistido a un proceso en que los medios de comunicación han transformado la sociedad, como consecuencia de la aparición de nuevas herramientas de transmisión y difusión de la información. Pero esta información no siempre es concreta, precisa y veraz, pues las fuentes de información, en ocasiones, no son contrastadas y basadas en evidencia científica.

La investigación que se presenta está relacionado con los conceptos de parto natural, parto normal, parto medicalizado, de baja intervención, etcétera, es decir todos aquellos relacionados sobre el parto. Así pues, dado que en el momento actual donde existe un aluvión de fuentes de información sobre el parto natural y hospitalario y dónde es difícil hablar con precisión, nos parece iniciar este capítulo teórico del trabajo, estableciendo unos conceptos básicos sobre las definiciones del parto y las distintas formas que existen, y esto nos llevará a plantear las diferencias no sólo conceptuales, sino a profundizar en procedimientos particulares de cada uno de ellos.

En cambio, otros por estar claros o bien ser semejantes a todos los tipos de parto, no realizaré un estudio exhaustivo. Por la índole de la investigación, se prestará mayor atención a los conceptos de parto natural y parto hospitalario.

Es momento ahora de establecer los conceptos del parto y todas las características que lo envuelven, aquellas que se han establecido como normal y como natural.

2.- DEFINICIÓN DE PARTO

Podría definirse como aquel proceso, que en los humanos y mamíferos en general, ocasiona el tránsito o expulsión del feto desde el interior al exterior del organismo materno.

Tarnier, clásico obstetra francés, lo definió como “el acto por el cual el producto de la concepción se separa del organismo materno”. El problema de esta definición es que esto incluiría los abortos. *De Lee*, anglosajón, lo definió como “la función del organismo de la mujer en virtud de la cual, el producto de la concepción es expulsado del útero, pasando por las vías naturales”. Esta definición excluiría las cesáreas²⁸.

La *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia* (FIGO), en su reunión en Moscú, en 1973 recogió, entre otras definiciones, la del *parto* como:

Expulsión o extracción completa de su madre, de un feto con peso igual o superior a 500 g, independientemente de la edad gestacional (aproximadamente 22 semanas), de que se haya seccionado o no el cordón umbilical y de que la placenta haya salido o no³.

Luis Cabero²⁹, en el libro de Fundamentos de Obstetricia, que aún a las recomendaciones de la *Sociedad Ginecológica Española* (SEGO), lo define como:

Proceso fisiológico que pone fin al embarazo, por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de los anejos ovulares.

A partir del primer día de la última menstruación, la duración media del embarazo, oscila alrededor de 280 días, tal como fue señalado por Hipócrates.

La FIGO aceptó como duración normal del embarazo las cuarenta semanas y definió como parto a término el que se produce desde la 37 semana cumplidas (259 días) y antes de las 42 semanas cumplidas (por tanto, 293 incluido).

Caracterizan al parto la aparición de contracciones rítmicas y dolorosas (motor del parto) que implican dilatación cervical y que consiguen el descenso y expulsión del feto.

Así pues, la palabra parto implica un proceso de duración variable, con inicio impreciso, y con terminación precisa al salir el feto al exterior.

²⁸ P. ACIÉN., *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, Alicante 2001, 207-210.

²⁹ L. CABERO., *Fundamentos en Obstetricia (SEGO)*, Madrid 2007, 339.

Etimológicamente proviene del latín “*partus*” que significa dar a luz. El médico que atiende al parto se denomina obstetra, palabra latina que deriva de “*obstare*” cuyo significado es “estar en espera”.

Así pues, el parto se define como el conjunto de fenómenos que conducen a la expulsión del feto y de los anejos ovulares (placenta, líquido amniótico y membranas). Los elementos que intervienen en este proceso son: el motor del parto (contracciones uterinas), el canal del parto (canal óseo y blando) y el objeto del parto (feto y anejos ovulares). Se podría definir como la “salida del feto a través del canal del parto empujado por el motor del parto”³⁰.

Como conclusión, es un proceso fisiológico de inicio impreciso y de duración variable, que supone el fin del embarazo, por el cual se produce la expulsión o extracción de un feto (peso mayor de 500 gr.) y de los anejos ovulares (placenta y líquido amniótico).

3.- TERMINOLOGÍA OBSTÉTRICA

Para comprender el significado de la exposición es necesario clarificar los conceptos utilizados:

- Paridad³¹: se refiere a partos y número de los mismos:
 - Primípara: es aquella que ha dado o está por dar a luz a su primer hijo.
 - Multípara: son aquellas que ya han parido (aunque sea sólo una vez) con anterioridad y ahora están en vías de hacerlo la segunda o más veces.
 - Nulípara: es aquella que todavía no ha dado a luz.
- Embarazo prolongado³²: aquel embarazo cuya duración alcanza o supera los 294 días contados a partir de la fecha de la última menstruación, o lo que es lo mismo, aquel que cumple las 42 semanas de gestación.
- Gravidéz⁶: se refiere a la mujer que está o ha estado embarazada:
 - Primigrávida: la mujer que está embarazada por primera vez.

³⁰ CABERO, *Obstetricia y Medicina Materno fetal*, 405.

³¹ ACIÉN, *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 207-210.

³² J.M. BAJO ARENAS, *Fundamentos de Obstetricia*, Madrid 2007, 437-439.

- Multigrávida: la mujer que ha tenido más de un embarazo, haya parido o no.
- Nuligesta: La mujer que hasta el momento nunca ha estado embarazada.
- Parturienta: la mujer que está pariendo.
- Puerpera: la mujer que acaba de dar a luz.
- Presentaciones⁷:
 - Partos podálicos: 3-4 % de todos los partos.
 - Presentaciones de cara: 0,1-0,3 % de todos los partos.
 - Presentaciones de frente: 0,05- 0,1 % de todos los partos.

4.- CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

Un parto es un proceso con unas características, que son:

1.- Inicio³³

Bajo un criterio clínico, se considera que el parto ha comenzado cuando se producen las siguientes circunstancias:

- Existe actividad uterina regular (2 -3 contracciones de intensidad moderada o fuerte cada diez minutos).
- Dilatación cervical de 2 -3 cm.
- Modificación del resto de características cervicales hacia la “maduración cervical” (consistencia blanda, posición centrada y borramiento cervical).

2.- Etapas³⁴

³³ E. FABRE GONZÁLEZ., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Grupo de trabajo sobre la asistencia al parto y puerperio normal. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO*, Madrid 1995, 143-154.

³⁴ MINISTERIO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA., *Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de evaluación de tecnología sanitarias del País Vasco. Agencia de evaluación de tecnologías de Galicia. Guía de práctica*

La fase de latencia o inicial corresponde a las modificaciones que experimenta el cuello uterino hasta alcanzar las condiciones de inicio de parto. La *fase activa* corresponde al periodo entre los 4 y 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular. *El periodo expulsivo* es aquel que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. El *periodo de alumbramiento* se inicia al finalizar el periodo expulsivo y concluye con la expulsión de la placenta y membranas ovulares.

3.- Duración^{35,36}

Para la profesión sanitaria:

- Fase de latencia: Se acepta dentro de la población sanitaria una latencia insidiosa para nulíparas cuando transcurre un tiempo mayor de 20 horas y para multíparas un tiempo mayor de más de 14 horas.
- Periodo de dilatación: Se considera retardo de dilatación cuando hay una progresión menor de dilatación 2 cm en 2-4 horas y detección de la dilatación cuando hay ausencia de dilatación en dos horas.
- Periodo expulsivo: Un periodo expulsivo estancado se determina cuando no ha dado a luz para las nulíparas 2 horas (3 horas si se está empleando analgesia epidural) y 1 hora para las multíparas (2 horas si presentan analgesia epidural).

4.- Complicaciones

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en el consentimiento informado sobre la asistencia al parto relata³⁷:

A veces de forma inesperada y en ocasiones previsibles, se presentan complicaciones; las más importantes son:

- Riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Prolapso de cordón que pone en grave riesgo la vida fetal.
- Infección materna y/o fetal.

clínica en el SNS: obsteba nº 2009/01, Vitoria Gastez 2010. [http:// www.euskadi.net/ejgvbiblioteca](http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca). Consultado el 03-5-2014.

³⁵ SEGO., *Protocolos asistenciales en Obstetricia. Definiciones perinatológicas*, Madrid 2010, 1-9. Consultado el 15-5-2014. Disponible en www.sego.es.

³⁶ ÍD., *Documento informado (con valor de consentimiento informado) sobre la asistencia al parto*, Madrid www.sego.es. Consultado el 13-1-2014.

³⁷ *Ibíd.*

- Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión del parto. Dificultades en la extracción del feto.
- Trastornos hemorrágicos y/o de coagulación. Hematomas en el aparato genital.
- Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulgares y ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto e incluso rotura uterina).
- Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación vascular diseminada.
- Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 5/100.000 nacidos vivos, una parte de ellas debidas a patología previa de la madre.”

5.- DEFINICIONES PERINATOLÓGICAS

La SEGO, en sus protocolos asistenciales establece en 2010, una revisión de la definiciones perinatológicas que pasamos a detallar³⁸:

- Nacido vivo: Es la expulsión completa o la extracción de su madre, de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, y el cual, después de dicha separación, que respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, tal como latido de corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios, aparte de que se haya cortado o no el cordón umbilical o la placenta permanezca unida. Cada producto del dicho nacimiento es considerado *nacido vivo*.
- Mortalidad materna: Una muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días a partir de la terminación del mismo, con independencia de la duración y de la ubicación del embarazo (intrauterino o ectópico) y debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por su asistencia, pero no la debida a causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas deberían ser subdivididas en dos subgrupos:
 - De causa obstétrica directa. Las que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico–puerperal, por intervención, omisión de tratamientos incorrectos o complicaciones resultantes de cualquiera de estos factores.

³⁸ ÍD, *Protocolos asistenciales en Obstetricia. Definiciones perinatológicas.*

- De causa obstétrica indirecta. Aquellas que resultan de una enfermedad médico–quirúrgica previa o concomitante con el embarazo o puerperio, que no depende de la gestación y de que no fue debida a causas obstétricas directas, sino que fue agravada por los cambios fisiológicos del embarazo o parto.
- Muerte relacionada con la gestación: Posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 10º revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incluye esta variación. La muerte relacionada con la gestación, recoge la definición anterior, pero incluyendo cualquier causa de muerte, es decir, incluye también causas accidentales e incidentales. Se evita la clasificación etiopatogénica, por lo que la recogida de casos parece más sencilla y fácil.
- Muerte fetal: Por su cronología en el momento de producirse se pueden distinguir:
 - Muerte fetal temprana. Todas las muertes “ in útero” de fetos de menos de 22 semanas de gestación o 500 g de peso. Se refiere por tanto a los abortos.
 - Muerte fetal intermedia. Para los fetos muertos entre las edades gestacionales de 22 a 28 semanas y peso entre 500 a 999 g.
 - Muerte fetal tardía. Incluye las muerte fetales a partir de los 1000 g de peso o mayores de 28 semanas completas.
- Muerte neonatal: Cuando la muerte acontece dentro de las primeras cuatro semanas de vida (28 días) postnatales.
- Muerte infantil: Todas las muertes producidas durante el primer año de vida.
- Muerte perinatal: Es la obtenida de sumar la mortalidad fetal desde la semana 28 completa y la neonatal hasta el 7º día postnatal cumplido. Actualmente se considera la mortalidad perinatal ampliada que incluye también los fetos entre 500 y 999 g (fetos de >22 semanas cumplidas).
- Tasas de mortalidad:

- *Perinatal básica I (internacional o estándar)*. Es la relación entre el número de fetos muertos de más de 28 semanas cumplidas (de 1000 g o más de peso o 35 cm de longitud vertex–talón) hasta el 7º día cumplido de vida postnatal dividido por el número total de nacidos vivos y por mil, considerado un año civil en una población determinada.
- *Mortalidad perinatal ampliada*. Incluye en el numerador el número de fetos muertos de > o igual de 22 semanas o > o igual de 500 g de peso. La OMS recomienda esta última modificación por su valor inherente y porque su inclusión mejora la totalidad de la relación de los 1000 g en adelante. Sin embargo, reconoce la posibilidad de existencia de dificultades en algunos países por la diferencia de registros.
- *Mortalidad materna*. Comprende el número de muertes maternas directas o indirectas del embarazo o parto por 100.000 nacidos vivos. En algunos países el denominador considera la cifra de 10.000 nacidos vivos.
- *Mortalidad fetal*. Número de muertes fetales producidas en fetos de > o igual 1000 g o de > o igual a 28 semanas de gestación por mil nacidos vivos en un grupo de población determinado.
- *Mortalidad infantil*. Es el número de muertes producidas en recién nacidos de > o igual 1000 g de peso al nacer hasta el primer año de vida, acontecidos en un año en una población determinada por cada 1000 nacidos vivos o muertos.
- *Mortalidad neonatal*. Corresponde al número de muertes acaecidas en recién nacido de > o igual a 1000 g de peso al nacer y < de 28 días de edad por cada 1000 nacidos vivos o muertos.
- *Mortalidad postnatal*. Se entiende por tal, el número de recién nacidos de > o igual de 1000 g muertos entre los 28 primeros días cumplidos y el año de vida por cada 1000 nacidos vivos o muertos.

6.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Una reflexión sobre los datos epidemiológicos que envuelven al parto, en cuanto a la mortalidad materna y neonatal y perinatal son los siguientes:

6.1.- Maternos

Algunas publicaciones de la OMS aportan datos sobre la mortalidad materna y son:

- En *el Informe de Salud en el mundo*, publicado en el 2005³⁹, en el capítulo cuarto, examina las principales complicaciones del parto, que según se estima provocan 529.000 defunciones maternas cada año, casi todas en los países en desarrollo.

La mayoría de las defunciones y discapacidades atribuibles al parto son evitables, dado que las soluciones médicas son bien conocidas. Una atención sanitaria inmediata y eficaz durante el trabajo de parto y después de éste pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la madre como para el recién nacido.

- La OMS publica “10 datos sobre la salud de la mujer”⁴⁰; un dato que apunta es:

Diariamente, 1.600 mujeres y más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones previsibles del embarazo y del parto. Cerca del 99 % de la mortalidad materna y del 90 % de la mortalidad neonatal se produce en el mundo en desarrollo.

- Datos publicados por la OMS en la Estadísticas Mundiales 2012⁴¹

Tasas de mortalidad materna en algunos países en el 2010 por cada 100.000 nacidos vivos. Evolución temporal.

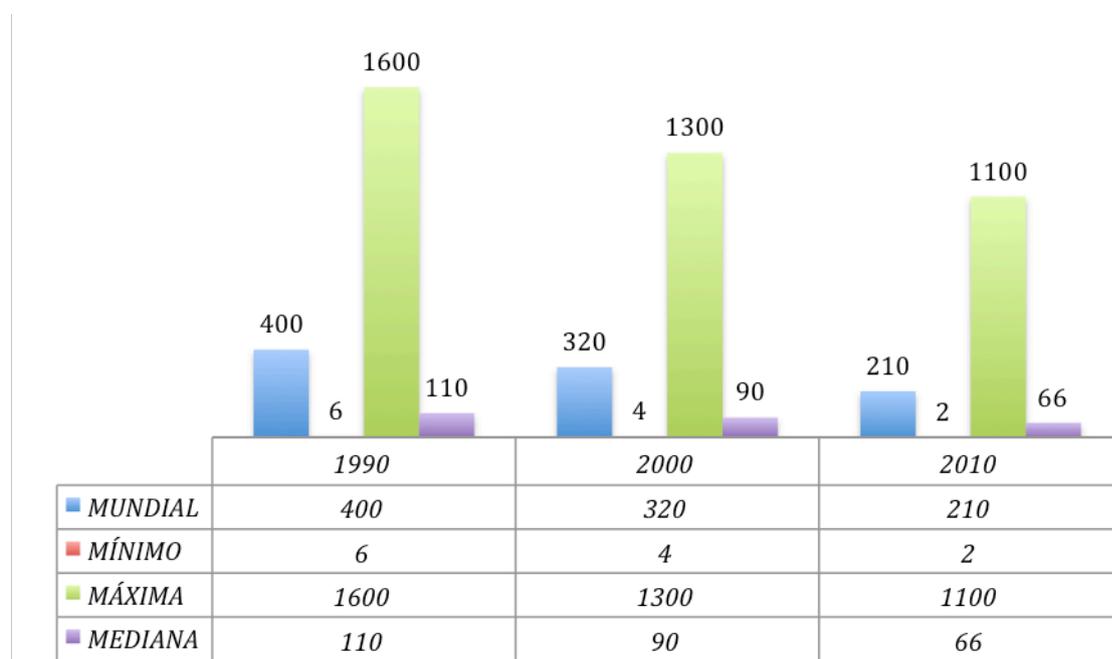
	1990	2000	2010
AFGANISTÁN	1300	1000	460
AUSTRIA	10	5	4
COLOMBIA	170	130	72
ESPAÑA	7	5	6
EEUU	12	14	21
FRANCIA	13	10	8
KENYA	400	490	360
PAÍSES BAJOS	10	13	6
NIGERIA	1100	970	630

³⁹ OMS., *Informe de Salud*. <http://www.who.int/whr/2005/es/>. Consultado el 25-08-2014.

⁴⁰ ÍD., *10 datos sobre la mujer*. http://www.who.int/features/factfiles/women_health/es/index6.html. Consultado el 27-11-2014.

⁴¹ ÍD., *Estadísticas mundiales 2012*, Ginebra 2012.

Gráfico que representa la mortalidad materna mundial con evolución temporal según la OMS⁴²



Esta nota sobre la mortalidad materna, es publicada por la OMS en 2012⁴³:

Las defunciones maternas tienen una amplia gama de causas directas e indirectas. Las debidas a causas indirectas representan el 20% del total mundial. Son consecuencias de enfermedades (preexistentes o concomitantes) que, sin ser complicaciones del embarazo, lo complican o se ven agravadas por él, como la malaria, la anemia, la infección por VIH y las enfermedades cardiovasculares.

Pero la *gran mayoría de las defunciones maternas son imputables a causas directas*. Se deben a complicaciones del embarazo y el parto o intervenciones u omisiones, tratamientos incorrectos o acontecimientos derivados de dichas complicaciones, incluidas la de los abortos. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- Hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Infecciones (generalmente tras el parto)
- Estados hipertensivos del embarazo
- Parto obstruido

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas.

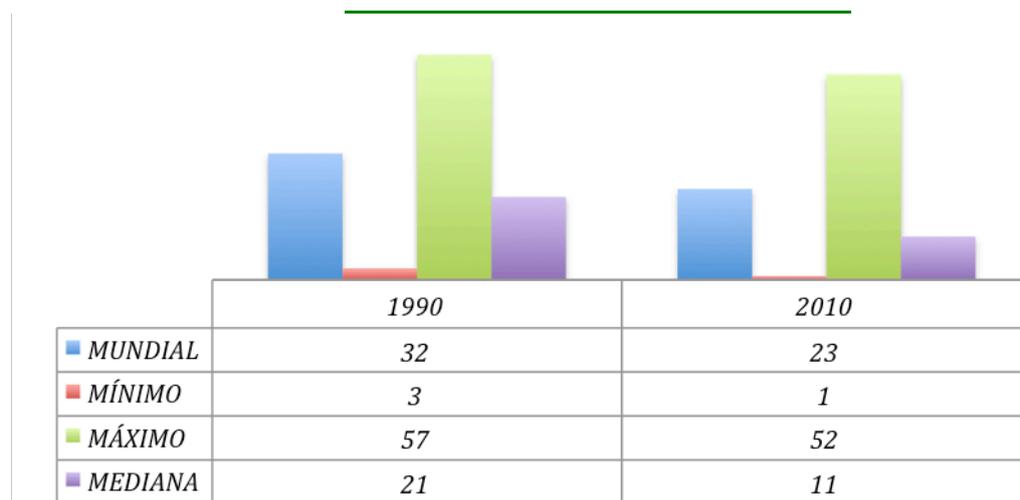
⁴² *Ibíd.*

⁴³ *ÍD.*, *Mortalidad materna. Nota descriptiva número 348*, Mayo 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Consultado el 27-11-2014

6.2.- Mortalidad Neonatal

Nuevamente, la OMS publica cifras con respecto a la mortalidad neonatal en el panorama mundial. Tasas de Mortalidad neonatal en 2010. Cifras por 1000 nacidos vivos⁴⁴.

	1990	2010
<i>ESPAÑA</i>	6	3
EEUU	6	4
EGIPTO	28	9
ISLANDIA	3	1
KENYA	31	28
HAITÍ	38	27
NIGERIA	49	40
PAÍSES BAJOS	5	3
CONGO	48	46



Causas de mortalidad neonatal:

Tres son las causas que explican las tres cuartas partes de la mortalidad neonatal en el mundo⁴⁵:

- Prematuridad 29 %

⁴⁴ ÍD, *Estadísticas mundiales*, 2012.

⁴⁵ Comunicado de prensa conjunto OMS/ Save the children. Ginebra 30 de Agosto de 2011. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/. Consultado el 27-11-2014.

- Asfixia 23 %
- Infecciones graves letales como sepsis y neumonías 25 %

¿Cómo han evolucionado al paso del tiempo?

La tabla adjunta muestra una comparativa evolutiva de la tasa de mortalidad neonatal⁴⁶.

	1990	1995	2000	2005	2009
Global	33,2	32,0	29,4	26,3	23,9
Europa	21	20,1	17	13,2	10,7
África	43,6	43	41,1	38,3	35,9

Objetivamos una disminución a nivel global, pero es más acentuada en Europa con una disminución de casi el 50 % frente al 18 % de África.

Hasta ahora hemos descrito los datos epidemiológicos que reflejan la mortalidad materna y neonatal, la mayoría evitable, en el mundo. A continuación, vamos a realizar un análisis en nuestro nivel de salud, es decir, a nivel europeo y posteriormente en nuestro sistema nacional de salud.

6.3.- Cifras Europeas

Para abordar las cifras europeas hay que acercarnos al proyecto EUROPERISTAT, el cual es un proyecto cuya finalidad es vigilar y evaluar la salud materna e infantil durante el periodo de embarazo, nacimiento y puerperio en Europa, empleando indicadores válidos y fiables.

Este proyecto comienza en 1999 como parte del Programa de Vigilancia de Salud Europea, y ha continuado en cuatro fases, cuyo objetivo es producir datos de forma rutinaria sobre la salud en Europa.

Se han publicado los primeros resultados en 2008 (con datos del 2004) y una nueva revisión en 2013 con datos del 2010. Está coordinado desde París y representan oficialmente a 29 países.

⁴⁶ M.Z. OESTERGAARD., «Neonatal mortality level for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections and priorities» en *Plos Med* 8 (2011) 8 e101080.

Para este grupo de trabajo⁴⁷, que ha publicado sus cifras más recientes en 2013, las principales causas de *mortalidad perinatal* en Europa son la gran prematuridad, las anomalías congénitas y el crecimiento intrauterino restringido. Estas cifras han disminuido desde el 2004 al 2010.

La mortalidad materna es muy baja, entre 5 y 15 por 100.000 nacidos vivos; debido a la tasa baja de fecundidad y a los altos niveles de los sistemas sanitarios. La cifra de morbilidad severa durante el parto es del 1 %.

Las cifras de tasas neonatales de algunos países las observamos en los siguientes datos:

Tasa de Mortalidad Neonatal por 1000 nacidos vivos en 2010

	2010
España	2,1
Francia	2,4
Países Bajos	3,3
Rumanía	5,5
Chipre	1,6
Finlandia	1,5
Islandia	1,2

Las medias europeas para la mortalidad materna en 2004 de 7,3/100.000; para las muertes neonatales, la media es de 2,7/1000 y una tasa de cesáreas media del 20,5%.

La mortalidad infantil, fetal y neonatal bajó de forma global en Europa entre los años 2004 y 2010, pero estas disminuciones que lo hicieron aproximadamente en un 20 %, no fueron distribuidas igualmente.

Las disminuciones eran más pronunciadas en países con tasas de mortalidad más altas en 2004 (Dinamarca, Italia, y los Países Bajos para la mortalidad fetal y Estonia, Letonia, y Lituania para la mortalidad neonatal).

Pero las tasas de mortalidad fetales, neonatales e infantiles también bajaron en algunos países con mortalidad muy baja en 2004 (incluyendo Eslovenia, Finlandia, la República Checa y Austria), una demostración que otras disminuciones son posibles.

⁴⁷ EUROPERISTAT., <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>. Consultado el 01-9-2014.

Las disminuciones en mortalidad no estrecharon las diferencias amplias entre los países Europeos.

Este estudio, en su publicación de las cifras del 2008, revela que Holanda presenta unas cifras de mortalidad perinatal más elevada que la media europea. Para explicar estas cifras, hay muchos factores implicados; como el registro característico de estos países, de la ausencia de diagnóstico prenatal para malformaciones o el manejo restrictivo de los prematuros. Hemos hecho una mirada más detallada en Holanda porque representa una asistencia sanitaria diferente, más cercana a los planteamientos del parto natural.

En este sentido, publica De Jonge⁴⁸, en 2013 un análisis secundario de los datos de EURO-PERISTAT, ahondando en las cifras empleadas según edad de gestación (manejo de la prematuridad en Holanda) y así, eliminando los menores de 1000 grs. Cuando hacen esto, las cifras de Holanda no son significativamente mayores que con otros países de Europa. Creen que las variaciones en la mortalidad entre países no se debe al lugar de nacimiento y por tanto, se debe tener cautela con los datos publicados por PERISTAT para determinar la seguridad y eficacia del sistema sanitario holandés.

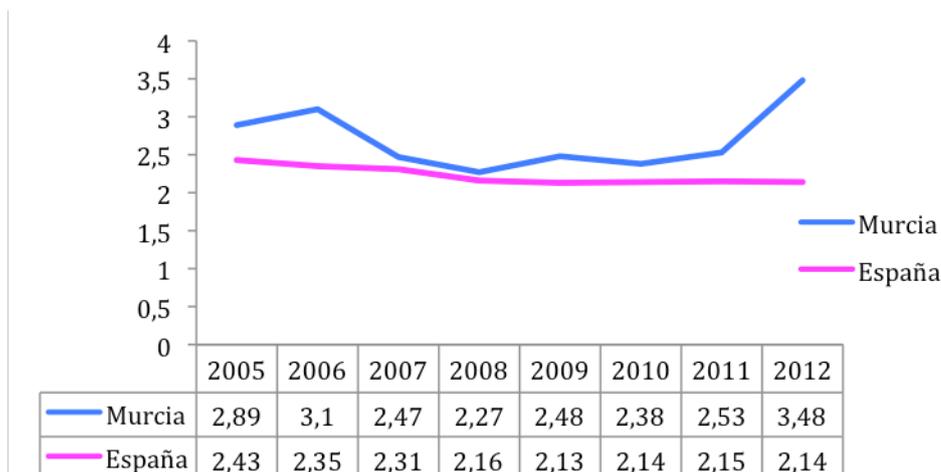
6.4.- Situación en España

Las cifras en nuestro país y más concretamente en nuestra Comunidad, nos parecen interesantes exponerlas de forma más explícita, para aportar un panorama más fidedigno en la investigación que posteriormente desarrollamos.

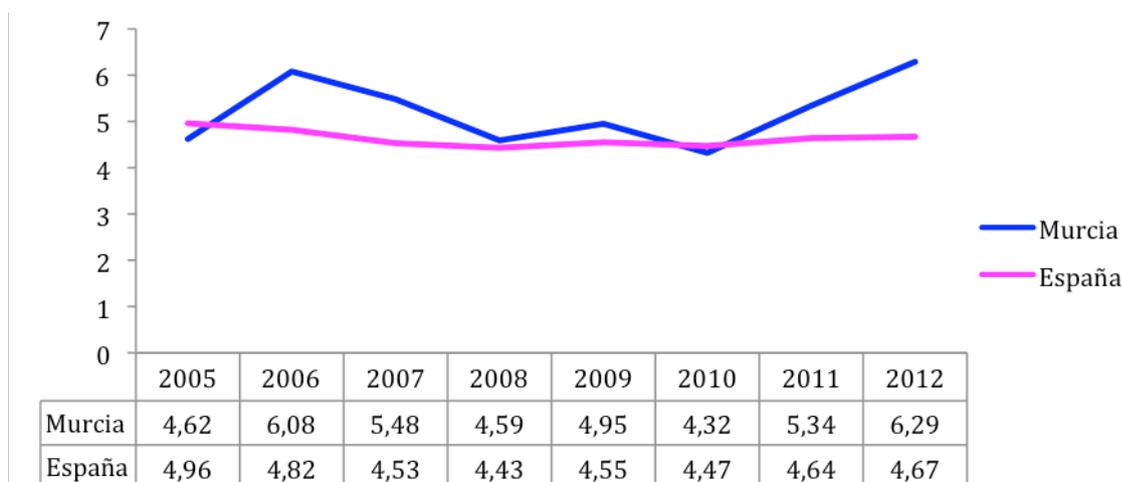
- *Tasas neonatal evolutiva* en la Comunidad de Murcia y en España según fuentes consultadas del Instituto Nacional de Estadística⁴⁹:

⁴⁸ A. DE JONGE.- R. BARON.- M. WESTERNENG.- J. TWISK.- E. HUTTON., «Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: a secondary análisis of Euro-PERISTAT data» en *Midwifery* 29 (2013) 1011-1018.

⁴⁹ INE., www.ine.es Estadísticas demográficas. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/e01/10/&file=04004.px&type=pcaxis>. Consultado el 26-4-2014.



- Gráfico de evolución temporal de la mortalidad perinatal en Murcia y España desde el periodo 2005 al 2012 según el Instituto Nacional de Estadística:



Las conclusiones de la seguridad al parto que se desprenden son las siguientes:

1. Existe un *riesgo inherente al hecho de parir para la madre y el recién nacido*. Hay cifras de mortalidad materna de 6/100.000 nacidos vivos en España en el 2010. Durante ese año en España hubo 453.637 nacimientos⁵⁰. Esto supone una mortalidad global materna estimada de 29.115 mujeres. De ellas, se estima que el 80 % son de causa directa obstétrica.
2. Hay una *diferencia espacial y temporal en dichas cifras*, tanto en la tasa de mortalidad materna como perinatal.

⁵⁰ ÍD., <http://www.ine.es/prensa/np784.pdf>. Consultado el 27-11-2014.

- a. Hay una *gran asimetría según las regiones* donde se viva, vinculados a los niveles de salud y asistencia sanitaria. En *los países en desarrollo hay tasas mayores que en los países desarrollados*.
- b. Pero a la vez existe una *disminución temporal*; entre las causas probables, debe ser indudablemente la mejora técnica y de conocimiento de los profesionales sanitarios, así como la evolución hacia la institucionalización de la asistencia al parto.

Estas cifras, nos hacen plantear una serie de cuestiones, demostrado que el parto conlleva un riesgo materno y fetal, pero de éste riesgo; ¿en qué parte influye la asistencia médica al parto? ¿es solo debido a la mejora de las condiciones basales de salud? Estas preguntas son difíciles de contestar en base a cifras epidemiológicas.

En conclusión, durante el parto pueden transcurrir circunstancias imprevisibles con importancia en la vida fetal y materna. En la mayoría de casos, empleando prácticas científicamente avaladas, se puede minimizar tales repercusiones.

7.- RECOMENDACIONES DE LAS OMS SOBRE EL NACIMIENTO

Una vez más, la Organización Mundial de la Salud establece los criterios básicos que se deben disponer en la asistencia sanitaria en la esfera del parto. Estos puntos mínimos los publicó en Lancet en 1985⁵¹.

Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto.

En abril, la oficina regional europea de la OMS, la organización panamericana de Salud (OPS) y la oficina regional de la OMS para las Américas, organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto.

La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstétricas, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres.

⁵¹ OMS., «Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto» en *Lancet* 2 (1985) 436-437.

La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones.

La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

- Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.
- Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.
- *El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado.*
- Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- *Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.*
- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo, para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- Los grupos de ayuda mútua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.

- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.
- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y *éticos del parto*.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.
- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

1. Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
2. Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

3. El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
4. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
5. Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. *No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.*
6. No hay pruebas de que, después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
7. La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.
8. No existe evidencia de que la *monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo*. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.
9. Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
10. No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar una enema antes del parto.
11. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación del expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
12. Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. *No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.*
13. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.
14. Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).
15. No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

16. Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aplicación de las recomendaciones

- Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.
- Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto.
- Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.
- Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías. Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.
- Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.
- La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.
- Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.
- Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.
- Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.
- La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor.

8.- TIPOS DE PARTO

Una vez analizado qué es un parto, sus características y su seguridad, ahora vamos a reflejar cómo se puede llevar a cabo en los diferentes tipos de partos que existen.

La FIGO en 1973⁵² establece los siguientes tipos de parto:

- Según evolución
 - Eutócico
 - Distócico

Durante el parto coinciden y se suceden de modo coordinado diversos acontecimientos: dinámica uterina, maduración, borramiento y dilatación cervical; el descenso de la presentación, expulsión y alumbramiento.

El parto en el que todo aquello ocurre de acuerdo con los parámetros mecánicos, dinámicos y temporales considerados normales se define como *parto eutócico*; y aquel que se separa de la normalidad, *parto distócico*.

Así pues, la distocia es la existencia de alguna alteración en los elementos y/o evolución del parto que lo convierten en un parto difícil. Literalmente significa “trabajo de parto difícil o anómalo”.

- Según duración
 - Inmaduro: cuando el feto pesa entre 500 y 1000 g y/o el embarazo está entre las 22 y 28 semanas de gestación.
 - Pretérmino: si el parto ocurre entre el día 196 y el 258 (28 semanas y menor de 37 semanas de gestación).
 - A término: si el parto ocurre entre la 37 y 42 semanas de gestación (entre 259 y 293 días de gestación).
 - Postérmino: cuando el parto ocurre en el día 294 (42 semanas cumplidas) o después.
- Según terminación
 - Espontáneo: cuando no se actúa sobre su terminación y es el propio organismo materno quién consigue la expulsión fetal.

⁵² ACIÉN, *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 207-210.

- Artificial: si lo es con alguna intervención o aplicación de medios de extracción fetal.

Se entiende por *PARTO EUTÓCICO* como el que se produce a término, en presentación de vértice, sin signos de hipoxia fetal, con adecuada progresión temporal, con recién nacido de peso 2500 g o más, buena variabilidad y sin incidencias en el alumbramiento ni en el estado materno⁵³.

En la evolución de la obstetricia se han acuñado nueva terminología para el parto, cuyos conceptos son los siguientes:

8.1.- Parto normal

La SEGO establece en 2008, en sus recomendaciones sobre la asistencia al parto, la definición de PARTO NORMAL⁵⁴:

Como aquel trabajo de parto de una *gestante sin factores de riesgo* durante la gestación, que se inicia de forma *espontánea entre la 37 y 42 semanas* y que tras una *evolución fisiológica* de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y puerperio inmediato deben, igualmente evolucionar de forma fisiológica.

Para el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad, se definiría⁵⁵:

Como aquel parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones.

Entendemos como mujer sana, aquella que no padece una enfermedad, ni presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc, que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas.

⁵³ CABERO, *Fundamentos en Obstetricia*, 369.

⁵⁴ SEGO., *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*, Madrid 2008.

⁵⁵ MINISTERIO DE SANIDAD Y SALUD PUBLICA, *Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Consultado el 03-5-2014.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)⁵⁶ en la Jornada Iniciativa Parto Normal, que se celebró en Vélez Málaga en Junio del 2006, definió el Parto Normal como:

Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

Concepto de riesgo obstétrico

Durante todo el trabajo y como ya hemos visto, hay un concepto reiterativo que surge que es bajo o alto riesgo obstétrico. Este riesgo obstétrico⁵⁷ está definido como la *probabilidad de que acontezca una situación deletérea inesperada*.

En medicina materno–fetal se acepta que todo factor que pueda condicionar uno de los eventos citados en la tabla sea considerado como factor de riesgo.

- Muerte perinatal
- Crecimiento intrauterino restringido
- Sufrimiento fetal intraparto
- Asfixia neonatal
- Impedimiento motor o intelectual postnatal
- Parto prematuro
- Anomalía congénita
- Enfermedad específica: como eritroblastosis, fetopatía diabética, etc

Hay dos circunstancias que principalmente constituyen las situaciones de riesgo; la primera relacionadas con antecedentes de mal historial obstétrico o con situaciones patológicas bien establecidas y la segunda, y la más importante por su frecuencia, es aquella correspondiente a pacientes que se controlan su embarazo, y que en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada.

Algunos ejemplos pueden ser:

⁵⁶ FAME, FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA., *Definición de parto normal*, Vélez Málaga 2006. Disponible en www.federación-matronas.org. Consultado el 28-08-2014.

⁵⁷ CABERO, *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*, 307.

- El factor de riesgo más importante en la mortalidad perinatal es la inmadurez. Aproximadamente dos terceras partes de las muertes perinatales se acumulan en niños de menos de 2500 g.
- La mortalidad perinatal es significativamente superior a la media entre gestantes con más de 35 años y con menos de 18 años.

Factores de riesgo establecidos por la SEGO en su protocolo de asistencia prenatal al embarazo normal, publicado en Junio del 2010⁵⁸.

Factores sociodemográficos	Antecedentes reproductivos
Edad materna: ≤ 18 años	Esterilidad en tratamiento al menos 2 años
Edad materna: ≥ 35 años	Aborto de repetición
Obesidad: $IMC \geq 30,1$	Antecedente de nacido pretérmino
Delgadez: $IMC < 18,51$	Antecedente de nacido con crecimiento intrauterino restringido
Tabaquismo	Antecedente de muerte perinatal
Alcoholismo	Antecedente de nacido con defecto congénito
Drogadicción	Hijo con lesión neurológica residual
Nivel socioeconómico bajo	Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)
Riesgo laboral	Incompetencia cervical
	Malformación uterina
Antecedentes médicos	Embarazo actual
Hipertensión arterial	Hipertensión inducida por el embarazo
Enfermedad cardíaca	Anemia grave
Enfermedad renal	Diabetes gestacional
Diabetes mellitus	Infección urinaria de repetición
Endocrinopatías	Infección de transmisión perinatal
Enfermedad respiratoria crónica	Isoinmunización Rh
Enfermedad hematológica	Embarazo múltiple
	Polihidramnios/oligohidramnios

58

SEGO., [www.proSEGO.es](http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=555&Itemid=141)
<http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=555&Itemid=141>. Consultado el 26-4-2014.

Epilepsia y otras enfermedades neurológicas	Hemorragia genital
Enfermedad psiquiátrica	Placenta previa a partir de la 32 semana
Enfermedad hepática con insuficiencia	Crecimiento intrauterino restringido
Enfermedad autoinmune con afectación sistémica	Defecto congénito fetal
Tromboembolismo	Estática fetal anormal a partir de la semana 36
Patología médico-quirúrgica grave	Amenaza de parto pretérmino
	Embarazo postérmino
	Rotura prematura de membranas
	Tumoración uterina
	Patología médico-quirúrgica grave

8.2.- Parto no intervenido

Trabajo de parto que por reunir las características de parto normal, es asistido *sin la utilización de procedimientos terapéuticos* que alteren la fisiología del mismo.

Dentro de los criterios de buena praxis médica, todo aquel parto que se aleje de la definición de parto normal, no debe ser asistido como parto no intervenido. Este tipo de parto no exime de una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal⁵⁹.

Pero en el protocolo donde se desarrolla las condiciones de aplicación del parto no intervenido, expone al mismo tiempo:

La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso, corresponde única y exclusivamente a los profesionales del centro donde se atiende al parto.

En dicha guía asistencial se establece cuales son las medidas permitidas o recomendadas para la asistencia a dicho parto no intervenido para cumplir los objetivos que se han establecido. Dichos objetivos son:

1. *Favorecer el proceso de parto con el mínimo intervencionismo necesario* para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La

⁵⁹ MINISTERIO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, *Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Consultado el 03-5-2014.

atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un *proceso fisiológico*, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.

2. Ofrecer *cuidados individualizados* basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido o conlleven una disminución inaceptable de las medidas de asepsia.
3. Favorecer un *clima de confianza, seguridad e intimidad*, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.
4. Considerar el parto como un *acontecimiento singular y único* en el devenir de una mujer en la relación de una pareja.
5. Que la *gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo*.

8.3.- Parto medicalizado

Se define el parto medicalizado como:

El *parto basado en la dirección médica*⁶⁰, donde implica una participación muy baja de la madre.

En este modelo se realizan una serie de prácticas y técnicas sistemáticas, como la monitorización fetal continua o la venoclisis.

La dirección médica del parto pretende conseguir que el parto sea lo menos doloroso posible, la mejor vivencia para la madre primando como objetivo obtener los mejores resultados materno fetales posibles, mediante el empleo de todos los cuidados necesarios que se requieran, según el estado de la ciencia, todo ello en un ambiente favorable y adecuado.

Para ello es necesario conocer muy bien la fisiología y fisiopatología, así como conocer los mecanismos de control y las estrategias más adecuadas en cada caso.

Sus objetivos son:

- Disminuir la duración
- Disminuir el dolor

⁶⁰ BAJO ARENAS, *Fundamentos de Obstetricia*, 448.

- Conseguir el bienestar fetal
- Conseguir el bienestar materno
- Ambiente favorable para el recién nacido
- Soporte psicológico de la madre
- Estimular las vivencias positivas
- Optimizar los recursos perinatales

8.4.- Parto en el agua, Hidroparto o Parto acuático

El primer parto en el agua en Europa Occidental se registró en 1805 en Francia, aunque por aquel entonces se trataba de un caso insólito. El cirujano francés Michel Odent, que publicó su primer artículo, “*Parto en el agua*” en 1983, en la revista Lancet, ocasionó una notable divulgación de métodos alternativos para dar a luz, sobre todo, del parto en el agua. En EEUU el primero que lo realizó fue Michael Rosenthal⁶¹.

El parto en el agua no es un método. El agua caliente relaja los músculos, induce relajación y disminuye la secreción de adrenalina (hormona del estrés). El recién nacido está adaptado a la inmersión y entra en un medio que le resulta familiar.

La fisiología de la inmersión es la siguiente:

1. Una respuesta a corto plazo: Un alivio inmediato del dolor, probablemente asociado a un nivel reducido de catecolaminas y endorfinas, este balance hormonal favorece la liberación de oxitocina y dilatación cervical.
2. Pasado un tiempo, se producen respuestas secundarias, en una o dos horas, que conlleva a una debilitación de las contracciones.

Recomendaciones:

- El uso de un baño de agua caliente no debe desestimarse como factor favorecedor del parto. Es evidente su uso analgésico.
- La temperatura debe mantenerse a 37° C o menos, pero sin tener sensación de frío. Una temperatura más alta podría producir alteraciones fisiológicas.
- El momento más favorable para iniciar el baño son los 5 cm de dilatación al menos.

⁶¹ CABERO, *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*, 308-309.

- Es previsible una disminución de la eficacia en el trabajo de parto, cuando la mujer permanece más de dos horas.
- En caso de nacer el bebé en el agua, es razonable cortar el cordón a los 4-5 minutos, porque el calor impide el colapso de cordón espontáneo y existe la posibilidad de que se produzca una policitemia en el bebé.
- Es recomendable efectuar la expulsión de la placenta fuera del agua para evitar la posibilidad de embolia.

Se publicó una revisión Cochrane en el año 2009⁶² que analiza 12 ensayos clínicos controlados aleatorizados (3243 gestantes) de partos atendidos en el agua.

De los 12 ensayos, 9 analizaron la inmersión durante la primera etapa del parto, dos de ellos la primera y la segunda etapa del parto y sólo uno comparaba la segunda etapa del parto con controles.

En esta revisión Cochrane se objetiva que la inmersión durante la primera etapa del parto se asocia con una disminución en el uso de analgesia epidural, espinal o paracervical en la gestantes atendidas en el agua comparadas con controles. (478/1254 vs 529/1245) (RR 0,90; 95 % de IC: 0,82 a 0,99) y de una menor duración del primer estadio de parto (- 32,24 minutos de diferencia de media) (95% de IC : - 5,87 a 6,13).

No se observaron diferencias en la frecuencia de partos vaginales, indicaciones de cesárea, uso de oxitocina, trauma perineal o infección entre las gestantes asistidas durante el parto en el agua con controles.

En relación a los efectos sobre la salud del recién nacido no se objetivaron diferencias en las puntuaciones del test de Apgar (puntuación <7 a los 5 minutos), ingresos en la Unidad Neonatal o incidencia de infección, al comparar partos atendidos en el agua y convencionales, aunque en general la patología neonatal no era el objetivo primario de estos estudios.

En 2014, la SEGO⁶³ publica su posicionamiento con respecto al parto en el agua, accesible a través de su página web.

⁶² E.R. CLUETT.- E. BURNS., «Immersion in water in labour and Birth» en *Cochrane Database Systematic Review* 2 (2009) CD000111.

⁶³ M. IRIONDO SANZ.- S. SÁNCHEZ LUNA.- F. BOTET MUSSONS.- T. MARTÍNEZ- ASTORQUIZA.- J. LAILLA VICENS.- J. FIGUERAS ALOY., *Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*. http://www.sego.es/Content/pdf/Parto_bajo_agua_SEN-SEGO_web.pdf. Consultado el 30-11-2014.

Con los datos actuales se puede afirmar que en gestaciones no complicadas y a término, el desarrollo de la primera etapa del parto en el agua, es una técnica que disminuye las necesidades de analgesia farmacológica y la duración del trabajo de parto, aunque no mejora los resultados perinatales.

Sin embargo, la seguridad y eficacia de la atención en el agua durante el expulsivo no está establecida, ni para las madres ni para los recién nacidos.

El desarrollo de la segunda fase del parto con expulsivo bajo el agua sólo ha demostrado un mayor grado de satisfacción materna, sin otros beneficios para la madre o el recién nacido y se han publicado casos de complicaciones y evolución fatal en el recién nacido...

En la actualidad, ante la falta de evidencia científica de ningún beneficio y la ausencia de datos de seguridad sobre la salud del recién nacido, así como la existencia de casos clínicos con complicaciones graves o de evolución fatal documentados, la Sociedad Española de Neonatología a través de su Comité de Estándares y del Grupo de Reanimación Neonatal, avalada por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología y en consonancia con la postura de la AAP (Academia Americana de Pediatría) y ACOG (Colegio Americano de Ginecología y Ginecología), *recomienda que esta modalidad de parto sólo se contemple en el contexto de un ensayo clínico controlado.*

9.-PARTO NATURAL

Terminado los puntos destacados de la definición de parto y su terminología, una pregunta clave en el contexto de esta investigación sería si es equiparable el parto natural al parto normal.

Esta primera premisa que a priori es tan fácil de resolver, en los conceptos de parto, tanto en la población general e incluso en la población sanitaria, genera una disparidad de respuestas.

Veamos algunas definiciones de la Real Academia Española de la Lengua⁶⁴:

1. Nacimiento: Acción e efecto de nacer.
2. Nacer: Dicho de un animal vivíparo: salir del vientre materno.
3. Parto: Acción de parir.
4. Parir: Dicho de una hembra de cualquier especie vivípara: Expeler en tiempo oportuno el feto que tenía contenido.
5. Normal:
 1. Adj. Dicho de una cosa: Que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano.
 2. Adj. Que sirve de norma o regla.

⁶⁴ DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA., www.rae.es Vigésima edición. Consultado el 08-1-2013.

6. Natural:

1. Adj. Perteneciente o relativo a la naturaleza o conforme a la cualidad o propiedad de las cosas.
2. Adj. Hecho de verdad, sin artificio, mezcla ni composición alguna.
3. Adj. Dicho de una cosa: Que imita a la naturaleza con propiedad.
4. Adj. Regular y que comúnmente sucede y, por eso fácilmente creíble.
5. Adj. Que *se produce por solas las fuerzas de la naturaleza*, como contrapuesto a lo sobrenatural o milagroso.

Entendido como natural que sólo se produce con las fuerzas de la naturaleza, es diferente del parto normal; el cual se ajusta unas ciertas normas fijadas de antemano.

Isabel Fernández del Castillo⁶⁵, autora de “*La Revolución del Nacimiento*”, expresa:

El parto natural no es volver al pasado, sino recuperar la capacidad y confianza en la propia naturaleza y rendirse a ella...No es posible asistir dignamente a una mujer parturienta sin *comprender la verdadera naturaleza del parto: es un acontecimiento involuntario, tanto como el sueño o el orgasmo, aunque más complejo...*

Para Consuelo Ruiz Vélez Frías⁶⁶, matrona y autora del libro “*El Parto sin dolor*” nos refiere que:

No hay ninguna explicación de por qué una embarazada sana no pueda dar a luz donde quiera, en las mismas condiciones exactas en que realizar sus funciones fisiológicas...Mi opinión es que la mayor complicación del parto consiste en la ignorancia supina de lo que es, de en qué consiste el nacimiento...

En este sentido Beatrijs Smulders y Marië Croon en el libro “*Parto seguro*” en su introducción⁶⁷ expone que:

El parto más seguro es el que requiere el menor número posible de intervenciones médicas. Toda intervención médica conlleva algún tipo de riesgo, tanto para la madre como para el hijo. Por esta razón es preciso hacer todo lo posible para que el parto se desarrolle dentro de la forma espontánea y natural posible.

⁶⁵ I. FERNÁNDEZ DEL CASTILLO., *La revolución del Nacimiento*, Barcelona 2006.

⁶⁶ C. RUIZ VÉLEZ FRÍAS., *El parto sin dolor*, Madrid 1998.

⁶⁷ B. SMULDERS.- M. CROON., *Parto seguro. Una guía completa*, Barcelona 2009.

¿ Un hecho natural es un hecho seguro?

El hecho que sea proveniente de la Naturaleza no implica características de seguridad o de acabar de forma satisfactoria, no sólo no es necesario ahondar en fenómenos naturales, tales como riadas o tornados, si no propiamente del ser humano como es la muerte, que es un hecho natural, o la misma enfermedad, que puede ser un proceso biológico, consecuencia de las interacciones medioambientales y/o sociales, pero otras veces inherentes a la propia carga genética y por tanto a la propia naturaleza.

La pregunta siguiente es *¿por qué la sociedad establece la vinculación de un hecho natural con un atributo positivo?, ¿no existe en la sociedad una dualidad de aceptación entre lo Natural y lo Tecnológico?* Así pues, la siguiente cuestión que implica es *¿son siempre los adelantos tecnológicos una mejora?*

Siempre hay diferentes prismas para poder contestar estas preguntas; el éxito medido como tasas de mortalidad, como grado de satisfacción, el estudio del ámbito psicológico, como cumplimentación de expectativas, experiencia autorrealizadora, etc.

9.1.- Defición de parto natural

Palabras publicadas por Smulders y Croon en 2012 en el libro *“Parto seguro. Una guía completa”*⁶⁸

Parto que transcurre sin intervención médica alguna desde su inicio hasta horas después del nacimiento (sin rasurado, enema, perfusión, monitorización fetal continua...) El parto más seguro es el que requiere el menor número posible de intervenciones. Por esto es preciso hacer todo lo posible para que se desarrolle de forma más espontánea y natural posible.

Consuelo Ruiz Vélez-Frías en el libro publicado sobre obstetricia matronil *“Manual de preparación física y psicológica de embarazadas y asistencia al parto normal a domicilio para uso de matronas”*⁶⁹ publica lo siguiente:

Parece ser que hay embarazadas que se inclinan porque el parto se siga considerando como una *función fisiológica normal*, se espere a que se presente espontáneamente, se le deje evolucionar de forma natural...

⁶⁸ *Ibíd.*

⁶⁹ C. RUIZ VELEZ-FRIAS., *Obstetricia matronil. Manual de preparación física y psicológica de embarazadas y asistencia al parto normal a domicilio para uso de matronas*, Madrid 2001.

Requisitos

El parto natural, para ser aceptado por instituciones sanitarias reconocidas, necesitan una serie de requisitos. Entre los cuales, el más importante es que sea un *embarazo de bajo riesgo*. *No hay ningún sistema sanitario público ni ninguna institución sanitaria alrededor de la asistencia materno fetal que apruebe el parto natural en embarazos de alto riesgo como opción idónea de parto.*

Hemos resaltado algunas de las instituciones, como mosaico de mapa mundial, con EEUU, Países Nórdicos, y en España en Cataluña.

Para la Guía de Asistencia al Parto en Casa publicada por el colegio de Enfermería de Barcelona en 2010⁷⁰, existen unos criterios de inclusión para el parto domiciliario necesarios:

1. El plan de nacimiento sea establecido antes de la semana 28 de gestación. A partir de esta fecha cada profesional será quién valorará la conveniencia, o no, de atender a las embarazadas que lo decidan posteriormente.
2. Es recomendable un mínimo número de cuatro visitas antes de la asistencia al parto, una de ellas se hará en el propio domicilio de la gestante.
3. Las mujeres aportarán todos los controles ecográficos y analíticos y otras pruebas complementarias necesarias que se hayan efectuado.
4. La gestación será de un solo bebé y en presentación en cefálica.
5. El parto se asistirá en el domicilio cuando suceda entre la semana 37 y 42 de la gestación.
6. Es necesario que los criterios de normalidad se mantenga durante todo el proceso, es decir, que el embarazo sea de bajo riesgo. Cualquier desviación será valorada particularmente y atendida según se requiera, y se desviará a la embarazada en los casos oportunos.
7. La elección de parir en casa tiene que ser una decisión informada y libre de la mujer. Nunca se ha de convencer ni debe imponerse. Es crucial que la

⁷⁰ <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF> Consultado el día 28-8-2014.

responsabilidad de la mujer y de la pareja en la elección de parir en casa quede establecida y asumida desde el principio.

8. La gestante y su pareja, si la hay, complementará la historia clínica. Este documento será confidencial y quedará archivado y custodiado por el profesional.

Para la Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) establece los siguientes criterios para realizar un parto en casa planificado⁷¹:

- Ausencia de enfermedad materna preexistente.
- Ausencia de enfermedad significativa durante el embarazo.
- Un feto único acorde a la edad gestacional.
- Presentación cefálica en un embarazo entre 37 y menor de 41 semanas de gestación.
- Trabajo de parto espontáneo.

Y el sistema necesita las siguientes medidas:

- Una matrona certificada y otra persona cualificada y entrenada cuya primera responsabilidad sea el cuidado del recién nacido.
- Un sistema de transporte seguro y rápido preparado por si necesita ser trasladada a un hospital, el cual debe estar ubicado cerca”.

Para el caso de los Países Nórdicos⁷² (Dinamarca, Islandia, Noruega, Finlandia y Suecia), el parto natural, hoy día supone los datos siguientes:

Partos naturales	
Dinamarca	1%
Islandia	2%
Suecia	0,1%

⁷¹ ACOG., *Planned home Birth. Committee opinion 476 febrero 2011*. Reafirmado en 2013. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth>. Consultado el 28-8-2014.

⁷² H. LINGREN.- H. KJAERGAARD.- O.A. OLAFSTOTTIR.- E BLIX., «Praxis and guidelines for planned home birth in the nordic countries. An overview» en *Sex Reprod Health* 5 1 (2014) 17-27.

Noruega	0,1%
Finlandia	< de 10 mujeres al año

Guía para los países nórdicos:

A. Noruega:

- a. Mujeres de bajo riesgo, con gran deseo de tener un parto natural y que han sido informadas de los riesgos del parto natural.
- b. En primípara, el tiempo de transporte al hospital debe ser menos de una hora.
- c. Son consideradas como pacientes y tienen los derechos y deberes del paciente.
- d. La matrona no puede abandonar a la paciente hasta una apropiada supervisión médica si es que se necesita.

B. Suecia:

- a. No hay guías de asistencia de parto natural.

C. Dinamarca:

- a. Mujeres con embarazos normales que se espera un parto normal pueden elegir un parto natural.
- b. El médico general informa a la paciente y decide si cumple los criterios para dar a luz en casa.
- c. Si una mujer que está siendo atendida en casa y debe ser trasladada al hospital y ella lo rechaza, no puede dejar de ser atendida por su matrona.

D. Islandia:

- a. Mujeres sanas con embarazos normales.
- b. Embarazos únicos en presentación cefálica.

- c. En estas guías hay una lista de gestaciones que no pueden ser atendidas en casa así como otra donde se especifica cuales son las condiciones que deben ser trasladadas al hospital.

9.2.- Enfoque del parto natural

En la primera parte de este capítulo hemos establecido los principios básicos de la definición de parto y de sus diferentes tipos, así como los datos epidemiológicos mundiales y nacionales. Hemos comprobado que existen unos riesgos inherentes a un proceso natural, tanto para la madre como para el recién nacido, en gran medida vinculados al desarrollo socio-sanitario.

Partiendo de la premisa inicial de un buen nivel de asistencia sanitaria y de salud poblacional, y estableciendo una asistencia sanitaria durante el parto, en los últimos años se ha abierto un debate público y político a nivel mundial y en nuestro país, donde las mujeres, a través de numerosas asociaciones, *reclaman una mayor participación en las decisiones que afectan al proceso del parto*. Este debate es totalmente implanteable en países en desarrollo.

Tener un hijo, en estos momentos, constituye en nuestro medio, una demanda social, donde el nacimiento y parto sean experiencias seguras en términos de salud, pero además se espera que contribuyan al desarrollo personal de los futuros padres. Se inscribe la *experiencia de la maternidad como satisfactoria y autorrealizadora*. Esta visión tan optimista del embarazo, parto y puerperio se ha producido paralelamente al proceso de medicalización de la asistencia sanitaria al proceso procreativo.

Desde finales del siglo XX, en algunos países de Europa y América del Norte, fueron apareciendo movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto menos intervencionista, asumiendo que el uso de las técnicas modernas obstétricas supone de forma inseparable, un proceso de alienación impuesto a las mujeres, en el que han perdido el control de sus propios cuerpos, convirtiéndose en objetos de la práctica médica⁷³.

Estas reivindicaciones llegaron a instancias institucionales y desde inicios de la década de los 90 del siglo XX, proliferaron protocolos y guías de asistencia que

⁷³ J. GOBERNA TRICAS., «Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto» en *Revista de Enfermería* 6 1 (2012) 71-78.

enfaticaban la necesidad de una atención sanitaria al parto, centrada en la mujer como protagonista.

En este contexto de la *mujer como protagonista*, un claro ejemplo del mismo se observa en la European Network of Childbirth Associations (ENCA), que propone de lema para la Semana Internacional del Parto Respetado, “*Parir es Empoderarse*”⁷⁴.

El empoderamiento, concepto surgido en la segunda ola del feminismo en los años sesenta, es definido por la autora Pilar Sánchez, Filósofa y Teóloga, como ⁷⁵:

Proceso mediante el cual, los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural, para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones...Es necesario luchar contra la cultura de la exclusión, de la represión y del sometimiento, creando las condiciones para que los propios individuos puedan aspirar a desarrollar sus posibilidades.

En este mismo sentido se expresa la filosofía Lamaze⁷⁶: “EMPODERAR A LA MUJER EN LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS EN EL PROCESO DE LA MATERNIDAD”. Ferdinand Lamaze, obstetra francés, desarrolló en los años 50, el método Lamaze, técnica de respiración para el alivio del dolor durante el parto.

Por tanto, enfocado en el parto, se trataría de un cambio del planteamiento global; *el parto es un proceso fisiológico donde la mujer es, en sí misma capaz de llevar a cabo con éxito todas sus funciones fisiológicas. Esto implica que la mujer gestante debe ser la absoluta protagonista de su parto.* Así pues, la asistencia al mismo debe reconceptuarse para que la *madre sea el eje fundamental* por el que se debe regir dicho proceso.

Al mismo tiempo otro punto de vista que aparece en el parto natural es la visión de las innecesarias intervenciones⁷⁷ que se llevan a cabo en los entornos hospitalarios. En este sentido, en 1981, en la revista *Journal of Family Practice* se publicó “The Maximin strategy in Modern Obstetrics”⁷⁸ y 5 años después “ The Cascade Effect in The Clinical

⁷⁴ <http://www.enca.info/index.php/home#>. Consultado el 03-5-2014.

⁷⁵ P. SÁNCHEZ ÁLVAREZ., *Prevención de la Violencia contra la mujer. Estudio de las actitudes sexistas en la Comunidad Autónoma de Murcia en el alumnado no universitario*. Investigación subvencionada por la Comunidad Autónoma de Murcia, Murcia 2008, 58-59.

⁷⁶ LAMAZE., <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=1>. Consultado el día 28-6-2014.

⁷⁷ H. BRODY.- C. SAKALA., «Revisiting “The Maximin Strategy in Modern Obstetrics» en *J Clin Ethics* 24 (2013) 198-204.

⁷⁸ H. BRODY.- J.R. THOMPSON., «The Maximin Strategy in Modern Obstetrics» en *J Family Prac* 12 (1981) 977-986.

Care of Patients”⁷⁹ Los autores publican que *el efecto cascada* ilustra cómo los obstétricos pueden causar daño, realizando técnicas que parecen ser inocuas o incluso beneficiosas, por no pensar lo suficiente en las consecuencias de esas intervenciones y los efectos que pueden tener. Por ejemplo, el empleo de la epidural, que a priori puede ser beneficioso, puede llevar consigo un mayor uso de perfusión de oxitocina y de partos instrumentados por la menor sensación de pujo.

La idea del intervencionismo en un proceso natural en mujeres sanas, lleva consigo una cascada de actos que magnifica el riesgo materno y del recién nacido. El proceso fisiológico del nacimiento otorga protección; promueve una serie de sistemas hormonales; parir con dolor y estrés proporciona *neuroprotección fetal*, ayuda a la prevención de la hemorragia postparto y mejora la iniciación a la lactancia. Por otro lado, por ejemplo, se ha demostrado que los niños nacidos mediante cesárea tienen más riesgo de desarrollar durante la infancia diabetes, asma, alergia y obesidad.

Esta serie de artículos, también publican que hay una gran diferencia entre las intervenciones que se llevan a cabo de forma rutinaria y aquellas intervenciones que están basadas en evidencia médica. Muchas de estas intervenciones, realizadas de forma rutinaria, impiden un parto fisiológico, como la monitorización continua⁸⁰.

9.3.- Motivaciones y percepciones de las gestantes para llevar a cabo un parto natural

Sobre este punto en concreto hay mucha literatura científica que intentar ahondar sobre las motivaciones y las percepciones que tienen las gestantes sobre el parto natural.

Algunas razones publicadas en la literatura para que una mujer elija un parto natural son^{81,82}:

1. Apoyo y empoderamiento a través de la relación con su matrona de confianza.
2. Percepción de relajación en su propia casa.

⁷⁹ J.W. MOLD.- H.F. STEIN., «The Cascade Effect in the Clinical Care of Patients» en *NEJM* 314 (1986) 512-514.

⁸⁰ BRODY, Revisiting “The Maximin Strategy in Modern Obstetrics”, 198-204.

⁸¹ H. MINKOFF.- J. ECKER., «A reconsideration of Home Birth in the United States» en *J Clin Ethics* 24 (2013) 2017-214.

⁸² M.R. JOUHKI., «Choosing homebirth- The women’s perspective» en *Women and Birth* 25 (2012) e56-e61.

3. Estar informada y poder tomar decisiones en su cuidado. Tener más autonomía⁸³.
4. La insatisfacción del empleo de medidas farmacológicas^{84,85}.
5. Deseo de un “nacimiento de baja intervención” en un ambiente familiar rodeada de amigos y familia en un contexto religioso y cultural.
6. Mala experiencia previa en el nacimiento en el hospital. En este sentido hay publicado un artículo⁸⁶, que las pacientes que han tenido una mala experiencia en un parto hospitalario, esta ha sido la causa de la elección de un parto natural posterior; y la experiencia en general de esta elección ha sido satisfactoria.
7. Contemplar el parto como un proceso natural y no como una enfermedad.

Por el contrario las opciones de elección de un parto hospitalario pueden venir reflejadas en las siguientes^{87,88}:

1. El hospital es más seguro que el parto en casa si surge alguna complicación.
2. Sensación de protección dentro de un entorno hospitalario.
3. Mejor acceso al alivio del dolor.
4. Sensación de mayor higiene que en el parto en casa⁸⁹
5. Un aspecto negativo del parto natural es la distancia del domicilio al hospital.

Un estudio, realiza por primera vez en el 2014, una investigación donde compara los dos modelos, parto natural y parto hospitalario, con el objetivo de ver cual eligen y el

⁸³ C. CATLING.- H. DAHLEN.- C.S. HOMER., «The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia» en *Midwifery* 30 7 (2014) 892-898.

⁸⁴ M. REGAN.- K. MCELROY., «Women’s perceptions of Childbirth risk and place of Birth» en *J Clin Ethics* 24 (2013) 239-252.

⁸⁵ C. BERNHARD.- R. ZIELINSKI.- K. ACKERSON.- J. ENGLISH., «Home birth after hospital birth: women’s choices and reflections» en *J Midwife and Women’s Health* 59 (2014)160-166.

⁸⁶ *Ibid.*,

⁸⁷ E. PICHFORTH.- V. WATSON.- J. TUCKER., «Models of intrapartum care and women’s trade offs in remote and rural Scotland: a mixed methods study» en *Br J Obstet Gynecol* 115 (2012) 560-569.

⁸⁸ G. HOUGHTON.- C. BEDWELL.- M. FORSEY.- M. BAKER.- T. LACENDAR., «Factors influencing choice in birth place- an exploration of the views of women, their partners and professionals» en *Evid Based Midwifery* 6 (2008) 59-64.

⁸⁹ H.E. LINGREN.- I.J. RÁDESTAD.- K. CHRISTENSSON.- K. WALLY-BYSTROM.- I.M. HILDINGSSON., «Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth» en *Midwifery* 26 2 (2010) 163-172.

porqué uno y no el otro⁹⁰. Para ello desarrolla un cuestionario basado en la información obtenida previamente en otro estudio que los mismos autores habían publicado en el 2012⁹¹, por el cual explora las motivaciones, los factores que influyeron en la toma de decisiones y el papel que juega los profesionales sanitarios. El punto clave obtenido para la elección de un lugar u otro de nacimiento es *la creencia que el parto es un proceso natural y el deseo de sentirse segura y comfortable con su elección*.

Aquellas que eligieron un nacimiento natural, querían evitar intervenciones como la epidural y sienten el hospital como un entorno demasiado médico. Se sienten más seguras y relajadas y tienen más sensación de control en casa. Expresan el deseo de beber y comer libremente e involucrar a su pareja en la toma de decisiones.

Aquellas que eligieron un parto hospitalario, muestran el deseo de hacer partícipe e involucrado en el parto a su pareja. Ellas se sienten más cómodas en el hospital y objetivan el parto en casa más estresante. Además consideran que es *más seguro que el parto en casa*. Este último apartado es el más importante y así se especifica en muchas de los estudios publicados^{92,93}.

*Las fuentes de información para la toma de decisiones*⁹⁴ que las pacientes valoran son las siguientes:

- Libros e investigaciones sobre el lugar de nacimiento. Hay un estudio⁹⁵ que investiga los artículos referidos al parto natural y al parto hospitalario en la base de datos Lexis-Nexis. Objetivan que los artículos sobre el parto natural enfatizan las historias personales satisfactorias y ofrecen una inadecuada información sobre los riesgos relativos asociados al parto natural.
- Internet y medios de divulgación generalistas.
- La visión de los familiares y amigos, en especial, la pareja.

⁹⁰ B. MURRAY-DAVIS.- H. McDONALD.- A. RIETSMA.- M. COUBROUGH.- E. HUTTON., «Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario Choice of Birthplace Survey» en *Midwifery* 30 7 (2014) 869-876.

⁹¹ B. MURRAY-DAVIS.- H. McDONALD.- E. HUTTON.- P. MCNIVEN.- A. MALOTT.- L. ELARAR., «Why home birth? A quantitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces» en *Midwifery* 28 (2012) 576-581.

⁹² T. VAN HAAREN-TEN HAKEN.- M. HENDRIX.- M. NIEUWENHUIJZE.- L. BUDE.- R. DE VRIES.- J. NIJHUIS., «Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands» en *Midwifery* 28 5 (2012) 609-618.

⁹³ ÍD, Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario Choice of Birthplace Survey, 869-876.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ J.R. LIGETI.- L. ODDY.- A. MALLETTE.- H. ABENHAIM., «News media coverage in the risks and benefits of home births» en *Obstet Gynecol* 123 1 (2014) 168S.

- Los profesionales sanitarios. La relación entre la gestante y el profesional sanitario que ayude al manejo de su embarazo, puede influir en la toma de decisiones⁹⁶.

En conclusión, el parto natural se basa en tres pilares fundamentales:

1. *El empoderamiento de la mujer dentro de un contexto de autonomía para llevar a cabo un proceso fisiológico.*
2. *Los beneficios para el recién nacido en cuanto a desarrollo cognitivo y afectivo con respecto al vínculo materno y también paterno.*
3. *El evitar el intervencionismo innecesario que llevaría a un efecto cascada que proporciona una mayor morbimortalidad maternofetal así como, de forma inseparable una alienación de las mujeres.*

9.4.- Situación actual del parto natural

El Observatorio del Parto en Casa, a través de EducER,⁹⁷ que es un equipo interdisciplinar de profesionales, con sede en Alicante, ha realizado un artículo sobre la actualización de datos en la práctica de parto planificados en domicilio en España durante el año 2011, que da continuidad al publicado en el 2010. En el se estima que:

Hay unos 800 partos planificados en casa al año. Una cifra que se mantiene a pesar del contexto de crisis económica de España y el descenso de cerca de un 3 % del total de nacimientos en el país. Cataluña se mantiene en la primera posición, uno de cada tres nacimientos en casa ocurre en esta Comunidad Autónoma. Destaca un aumento en Andalucía y en Islas Baleares y un descenso en Madrid, Comunidad Valenciana y Murcia.

Según publica Europa Press el 1 de Marzo de 2014⁹⁸:

El Instituto Nacional de Estadística (INE) reflejan que un total de 47 mujeres de la Región Murciana dieron a luz en casa en el 2010. 42 de ellas atendidas por personal sanitario y las cinco restantes sin asistencia sanitaria. El total de partos en la Región para ese año es de 17.719; por lo que supone el parto domiciliario un 0,26%. En se mismo año, en España dieron a luz en casa 1.298.

⁹⁶ M. NIEUWENHUIJZE.- L. KANE LOW., «Facilitating women's choice in maternity care» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 276-282.

⁹⁷ EDUCER., "Mapa del parto en casa. Datos del 2011" Colección Observatorio del parto en casa en España. Año 2013. Publicación on line. www.educer/partoen casa/04Mapa2011.pdf. Consultado el 26-4-2014.

⁹⁸ [Http://www.europapress.es/murcia/noticia-total-cinco-matronas-atienden-partos-domicilio-region-practica-oponen-ginecologos-20120301113045.htm](http://www.europapress.es/murcia/noticia-total-cinco-matronas-atienden-partos-domicilio-region-practica-oponen-ginecologos-20120301113045.htm). Consultado el 05-11-2014.

Las estadísticas reflejan que el número de mujeres que dan a luz en casa se ha reducido en los últimos años.

De hecho, en 1996 – primer dato conocido- se practicaban hasta 191 partos en casas de la Región de Murcia y la cifra ha ido disminuyendo pasando por los 117 partos en 1998, hasta los 52 del 2000, año a partir del cual la cifra se ha mantenido estable y ha oscilado desde el mínimo de 38 casos en 2001 al máximo de 54 de 2007.

Partos en casa en CCAA Murciana	
1996	191
1998	117
2000	52
2001	38
2007	53
2010	47

Cinco son las matronas que atienden partos domiciliarios en la Comunidad de Murcia.

En una visión mundial, el parto natural se posiciona de la siguiente manera:

El Centro Nacional de Estadística de Salud de los Estados Unidos de América publica en Marzo del 2014^{99,100}, la tendencia de los partos extrahospitalarios desde 1990 hasta el 2012. Expone que los partos extrahospitalarios son raros, pero las cifras están aumentando.

- Desde 1990 al año 2004, el porcentaje de *partos extrahospitalarios* disminuyó, pero desde esta fecha, 2004 (0,56 %), el porcentaje de partos naturales en EEUU ha crecido un 5 % hasta alcanzar un 0,59 % en 2005¹⁰¹.
- Continua aumentando un 29 % desde el año 2004 hasta el 2009 (de 27.678 a 29.650). Esto representa un 0,56 % a un 0,72 % respectivamente del total de partos en Estados Unidos¹⁰².
- Ha permanecido su tendencia alcista y en 2011 representó un 1,26 % y en 2012 un 1,36 %.

⁹⁹ M.F. MACDORMAN.- T.J. MATHEWS.- E. DECLERQ., «Trends in out of hospital births in the United States, 1990-2012» en *NCHS Data Brief* 144 (2014) 1-8.

¹⁰⁰ M.F. MACDORMAN.- T.J. MATHEWS.- E. DECLERQ., «Home Birth in the United States» en *NCHS Data Brief* 84 (2012) 1-8.

¹⁰¹ MINKOFF, A reconsideration of Home Birth in the United States, 207-214.

¹⁰² BERNHARD, Home Birth after hospital Birth: women´s choices and reflections, 160-166.

- De esos partos extrahospitalarios el 66 % eran domiciliarios y un 29 % en centros de nacimiento (el 5 % restante tenían otras localizaciones).
- En cuanto a la etnia¹⁰³; de 2 a 4 veces mayor el porcentaje en mujeres caucásicas blancas con respecto a cualquier otra raza. Aunque desde el 2011 está aumentando las cifras significativamente para las mujeres hispanas y asiáticas. No significancia en mujeres de color e indias americanas.
- Los partos extrahospitalarios tienen un perfil de riesgo menor que los hospitalarios, con menos nacimientos en madres adolescentes, menos pretérminos, menos bajos pesos al nacimiento y de partos múltiples.

En la mayoría de los países europeos, en el 2012, según el proyecto EURO PERISTAT¹⁰⁴, *menos de un 1 % de los partos ocurren en casa de forma planificada.*

- En Inglaterra representa un 2.5 %; en Gales un 3,7%; en Islandia un 1,8% y en Escocia un 1,4 %.
- *En Países Bajos*, donde los partos domiciliarios son una opción habitual para embarazos no complicados, el 16,3 % ocurren en casa. Supone un sustancial cambio de las cifras del 2004, donde la proporción en Países Bajos, era de un 30 %. En estos países las mujeres también tiene la opción de parir en un centro de nacimiento. Hay 26 centros de Nacimiento y supone un 11, 4 % del total de nacimientos.

9.5.- Sistema sanitario español

Con respecto a la situación en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo en su publicación del 2007 sobre Estrategia de Atención al Parto Normal¹⁰⁵ en el Sistema Nacional de Salud, define la *atención sanitaria del parto en España*, como un modelo *intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de la Medicina y de Enfermería especializados.*

¹⁰³ M.F. MACDORMAN- E. DECLERQ- F.MENACKER., «Trends and Characteristics of Home Births in the United States by Race and Ethnicity, 1990–2009» en *Birth* 38 (2011) 17-23.

¹⁰⁴ <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf> Consultado el 05-09-2104.

¹⁰⁵ <Http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf> Consultado el día 20-11-2014.

Este mismo modelo sucede en el entorno europeo como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia, Bélgica.

Por el contrario coexisten otros tipos de modelos como los desinstitucionalizados y atendidos fundamentalmente por matronas autónomas del caso de Holanda y Países Escandinavos o un modelo intermedio del Reino Unido y Alemania.

No obstante la Estrategia de Atención al Parto Natural, primero, y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva después¹⁰⁶, señalan:

La importancia radica en una atención sanitaria, que difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos ya que está dirigida a la población sana durante un proceso fisiológico importante y trascendente en la vida de las mujeres, sus parejas, bebés y familias.

Cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer.

Se trata de ofrecer una atención de excelencia, científica, personalizada, que contemple la identificación de riesgos psicosociales y necesidades específicas, que contribuya a capacitar a las mujeres para tomar decisiones informadas, a mejorar su conocimiento acerca del proceso y a proporcionar preparación maternal y paternal, ofreciendo apoyo continuado y por profesionales capacitados/as.

9.6.- Ejes del parto natural

Michel Odent (Oise 1930), médico obstetra francés, es uno de los defensores más notables del parto natural y nos caracteriza el parto, en su último libro *El Nacimiento en la era de plástico*¹⁰⁷, en tres ejes fundamentales:

- El parto transcurre por el antagonismo entre la adrenalina y oxitocina.
- La inhibición neocortical complementaria.
- La involuntariedad del parto.

1. Antagonismo entre Adrenalina y Oxitocina

La adrenalina es una hormona que se libera en situaciones de estrés. Cuando los mamíferos, incluido los humanos, liberan hormonas de la familia de la adrenalina, para

¹⁰⁶ MINISTERIOS DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD., *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Informes, Estudios e Investigación*, Madrid (2013) 11.

¹⁰⁷ M. ODENT., *El nacimiento en la era de plástico*, Santa Cruz de Tenerife 2011.

hacer frente a una situación urgente, no pueden liberar oxitocina, hormona clave para el parto. Sabemos que los mamíferos liberan adrenalina cuando se sienten observados o cuando tienen frío.

Lo ideal es tener el nivel más bajo posible de adrenalina y el más alto de oxitocina durante el parto.

Por lo tanto una *mujer necesita sentirse segura*, no observada y en una estancia donde la temperatura sea suficientemente cálida. Se necesita eliminar cualquier factor que le proporcione estrés.

2. Inhibición neocortical complementaria

Durante el parto, el *neocórtex tiene que abandonar su actividad, debe ponerse en reposo*. Hay que proteger a las mujeres de parto frente a cualquier estímulo neocortical:

1. Principal estímulo del córtex humano es el lenguaje. Debemos eliminarlo de forma progresiva: **IMPORTANCIA DEL SILENCIO**.
2. La **LUZ**: en oscuridad se libera melatonina, que entre otras cosas reduce la actividad neocortical.
3. Sentirse **OBSERVADO**: cuando una se siente observada, se observa a sí mismo y en consecuencia se produce activación neocortical.
4. Percepción de **PELIGRO**: situación que provoca actividad neocortical y liberación de adrenalina.
5. **CONTAGIO EMOCIONAL**: Los estados emocionales con intensa liberación de adrenalina se contagia. Se denomina *Neuronas en espejo* “*Mirror Neurons*”. Una neurona puede activarse no sólo por medio de una acción sino también cuando un animal observa la misma acción efectuada por otro animal. Permite demostrar la *transferencia de emociones*.

3. Involuntariedad del parto

El parto es un proceso que activa ciertas estructuras arcaicas cerebrales. No se debe ayudar, es **INVOLUNTARIO**. En cambio en determinadas circunstancias, lo pueden perturbar; lo cual nos permite comprender que las mujeres no necesitan ningún tipo de

ayuda directa activa, sólo protección frente a cualquier estímulo o factor que pueda provocar un aumento de su índice de adrenalina o de activación de neocórtex.

Esto da a entender que *lo que debemos de realizar no es una acción sino una omisión o protección de factores perturbadores, pero no para el feto, sino para la madre, para que pueda parir.* Así pues, Isabel Fernández del Castillo, en el libro “ La Revolución del Nacimiento”¹⁰⁸, nos refiere que:

Lo mejor que podemos hacer para favorecer un proceso involuntario es conocer y crear las condiciones idóneas para que se produzca sólo. El parto es un acontecimiento instintivo y en el que la participación de la mente racional es contraproducente.

Es una constante en todas las especies mamíferas que la parturienta necesita una atmósfera de intimidad y recogimiento, de seguridad física y emocional, que le permita entrar en el estado de consciencia especial propio del parto.

Desde la Asociación de Matronas de la Región de Murcia aseguran¹⁰⁹:

Que en casa no se interviene nada, todo el proceso es natural y espontáneo. Hay más intimidad y tranquilidad, pero no significa que sea inseguro: un parto en casa se controla y se vigila por personal cualificado.

9.7.- Apoyo social. Asociaciones vinculadas con el parto natural

Numerosas son las organizaciones que dan apoyo al parto natural. Algunas seleccionadas a modo de ejemplo, son:

Organización Internacional del Parto Madre- Bebé IMBCO

La Organización Internacional del Parto Madre-Bebé (The International MotherBaby Childbirth Organization; IMBCO)¹¹⁰ es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, creada para desarrollar, actualizar y promover la Iniciativa Internacional del Parto Madre-Bebé.

Está formada por el conjunto de *organizaciones de 163 países*, con representantes internacionales y expertos en el parto de todo el mundo, y que ayudan a su construcción.

¹⁰⁸ FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, *La revolución del Nacimiento*.

¹⁰⁹ <http://www.asociacionmatronasmurcia.es/>. Consultado el 15-7-2014.

El propósito de los 10 pasos de IMBCO es mejorar el cuidado continuo del nacimiento en cuanto a salvar vidas, prevención de enfermedades y del sobreuso de tecnología obstétrica.

El uso de intervenciones médicas en el embarazo y el parto pueden salvar vidas, pero cuando se usan de forma inadecuada puede ocasionar daños e incluso la muerte.

Un Resumen de los 10 Pasos de la IMBCO

Paso 1: Tratar a todas y cada una de las mujeres con respeto y dignidad.

Paso 2: Tener y aplicar en forma rutinaria, los conocimientos y las prácticas obstétricas que optimizan la fisiología normal del parto, el nacimiento y la lactancia.

Paso 3: Informar a la madre sobre los beneficios que tiene el contar con un apoyo continuo durante el trabajo de parto, y reafirmar el derecho a recibir dicho apoyo por parte de los acompañantes que ella elija.

Paso 4: Proporcionar métodos para la comodidad de la mamá y el alivio del dolor durante el trabajo de parto, que no se basen en el uso de fármacos o medicamentos, y explicar los beneficios del uso de tales métodos para favorecer el nacimiento normal.

Paso 5: Utilizar prácticas basadas en la evidencia científica, que han demostrado ser beneficiosas.

Paso 6: Evitar la utilización de prácticas y procedimientos potencialmente perjudiciales.

Paso 7: Implementar medidas que promueven el bienestar y previenen las enfermedades y las emergencias.

Paso 8: Proveer acceso a tratamientos de emergencia cualificados y basados en la evidencia científica.

Paso 9: Proveer cuidados que sean parte de una constante colaboración entre todos los proveedores de salud, instituciones y organizaciones relevantes.

Paso 10: Luchar por alcanzar los 10 pasos para una Lactancia exitosa establecidos por La Iniciativa de Hospital Amigo del Niño (Baby Friendly Hospital Initiative).

Red Europea de Asociaciones del Parto ENCA

La Red Europea de Asociaciones del Parto (European Network of Childbirth Associations; ENCA)¹¹¹, nació en 1993, en Alemania y es una red de organizaciones que promueven campañas para mejorar el cuidado perinatal de las madres y los bebés.

Los activistas, padres, y educadores reconocen la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar las condiciones del embarazo, parto y periodo postparto en Europa.

ENCA da apoyo en todos los países al :

- Empoderamiento de la mujer
- Nacimiento Familiar
- Lactancia materna
- Centros de Nacimiento

La Asociaciones Españolas asociadas a ENCA son:

- Ancara Perinatal (Madrid)
- Asociación Nacer en Casa
- Blog de Inma Marcos
- Centro Urdimbre (Madrid)
- Dar a Luz (Madrid)
- Equip Mudra (Girona)
- Grupo Génesis (Madrid)
- Ginecólogo Emilio Santos (Madrid)
- Hebamme (Murcia)
- Llevadora/Comadrona Imma Sàrries (Barcelona)
- MaterNatal (Madrid)
- Matrona Marina Fernández (Madrid)
- Migjorn (Barcelona)
- Néixer a casa (Barcelona)
- Ocean Comadronas (Granada)
- Semillas de amor (Mallorca)

¹¹¹ <http://www.enca.info/> Consultado el 03-5-2014.

- Shantipartnatural (Lleida)
- Titania (Barcelona)
- Estadísticas de parto.com

Asociación Nacer en Casa

Nos acercamos a una de ellas como es Asociación Nacer en Casa¹¹², que nace a principios de 1998, dando respuesta a la necesidad de aglutinar a los profesionales que en ese momento trabajan a favor de recuperar el nacimiento domiciliario. Ilustre miembro de la Asociación es Consuelo Ruiz Vélez-Frías.

A continuación se relata el decálogo de la Asociación Nacer en casa:

1. Velar para que en el proceso de parto y postparto, los protagonistas principales sean el bebé, la madre y el padre.
2. Respetar las condiciones éticas e ideológicas de la madre acordadas previamente.
3. Partiendo de una situación de salud y equilibrio psico-emocional de la madre y su acompañante, se debe garantizar el respeto a cada proceso y ritmo individuales del embarazo y del parto.
4. En caso de verse en la necesidad de utilizar ayuda terapéutica, se utilizarán con preferencia métodos blandos y los menos agresivos.
5. Se tratará al bebé durante todo el proceso con el máximo respeto, ya que es un individuo consciente, sensible y con entidad propia.
6. No se harán manipulaciones intervencionistas sistemáticas e innecesarias ni a la madre ni al bebé.
7. Consideramos recomendable para abordar un parto en casa de un modo consciente y responsable, el trabajo conjunto y preparación previa entre la/los interesados y el/las asistentes.
8. Sería recomendable una actitud crítica y de revisión continua y constructiva por parte de la/el profesional.

¹¹² www.nacerencasa.jimdo.com. Consultado el 05-5-2014.

9. Se apoyará y fomentará la lactancia materna como método que garantiza la salud y bienestar del bebé.
10. Consideramos la maternidad tanto como un hecho individual como social, y por tanto, necesitado de apoyo en lo económico, cultural, político y laboral.

Metas de dicha asociación

- Normalizar el parto domiciliario como modelo válido asistencial y acabar con los tabúes, prejuicios, miedos y contra información que existe en torno a esta realidad.
- Dar a conocer los diferentes modelos asistenciales de la Sanidad Pública actualmente vigentes en la Unión Europea, a toda población, a los profesionales y a las instituciones.
- Trabajar para que los modelos se incorporen a nuestro Sistema Sanitario Público.

El Parto es Nuestro

Otra asociación importante es “El Parto en Nuestro”¹¹³, que se autodefine como:

Asociación sin ánimo de lucro, formada por usuarios/as y profesionales, que pretende mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y postparto. Nació en el año 2003 para *prestar apoyo psicológico a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos.*

Iniciativa para reivindicar un mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres y los niños.

Sus objetivos son que todas las mujeres reciban una atención en el parto respetuosa; con la fisiología del mismo y con los deseos, necesidades y derechos de las madres, padres y bebés. *Persiguiendo un parto sin violencia*, que es sin duda la base de una sociedad sin violencia.

Defendemos la necesidad de *devolver a la mujer su papel protagonista*, en lo que nunca debió dejar de ser un acto íntimo y familiar, que forma parte de la sexualidad femenina.

¹¹³ www.elpartoesnuestro.es. Consultado el 05-05-2014.

Defiende que si una intervención en el parto es innecesaria e incluso peligrosa no debe realizarse; y si es necesaria, puede y debe hacerse de forma respetuosa con las necesidades físicas y emocionales de las madres y sus hijos.

Nos ofrecen 10 consejos prácticos desde su página web:

1. Confía en ti, tu cuerpo y en tu capacidad de parir.
2. Fórmate en el parto.
3. Conoce tus derechos.
4. Decide que quieres y que no en tu parto.
5. Busca información sobre las diferentes maneras de atender el parto.
6. Elige el profesional o centro que quieres que te atienda.
7. No tengas miedo a expresarte.
8. Elige un buen acompañante.
9. Después del parto, agradece o reclama.
10. Comparte tu experiencia con otras madres.

9.8.- Perfil de mujer

La información registrada sobre las características de las mujeres que dan a luz en casa son limitadas, aunque algunas tendencias han sido encontradas:

* Mujer caucásica que tienen ya hijos previos, que encuentran más comfortable parir en un entorno conocido y se sienten más seguras así como no desean intervenciones médicas innecesarias¹¹⁴.

* En otro estudio, publicado en 2011 refleja una mujer caucásica, casada, con 25 o más años, con embarazos únicos y múltiparas¹¹⁵. Otro estudio firmado por Kennare¹¹⁶ también avala estos datos.

* Declerq¹¹⁷ realiza un estudio de los partos en casa. De ellos el 83% son planificados. De los planificados domiciliarios, las mujeres en un 90 % eran blancas no

¹¹⁴ BERNHARD, Home birth after hospital birth: women's choices and reflections, 160-166.

¹¹⁵ MACDORMAN, Trends and Characteristics of Home Births in the United States by Race and Ethnicity, 1990-2006, 17-23.

¹¹⁶ R.M. KENNARE.- M.J. KEIRSE.- G.R. TUCKER.- A.C. CHAN., «Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes» en *Med J Aust* 18 192 (2010) 76-80.

hispanas. Y casi un 70 % de mujeres que paren en casa de forma no planificada son negras no hispanas.

También obtienen como resultados que la mujeres que dan a luz de forma planificada en su domicilio son mayores de 30 años, casadas, nacidas en Estados Unidos, no fumadoras y al menos con estudios primarios.

* En conclusión, *el parto natural se perfila en mujeres caucásicas de edad más avanzada y múltiparas.*

9.9.- Procedimientos

Entre la encrucijada del protagonismo de la madre con la involuntariedad del parto frente al enfoque sanitario institucionalizado de postura de vigilancia activa; para conocer y actuar de forma diligente y rápida y sobre todo regidos por la evidencia médica, sobre las posibles complicaciones, hay una serie *de procedimientos obstétricos* que caracterizan cada uno de los tipos de parto, los cuales son los que verdaderamente están en discusión.

Estos procedimientos son reflejo más de la definición del parto institucionalizado y son:

- Llegada al Hospital
- Acompañamiento
- Espacio físico
- Uso de la propia ropa o facilitada por el Hospital
- Personal asistencial
- Enema y rasurado
- Tratamiento del dolor
- Uso de bañera/ducha durante la dilatación
- Líquidos durante la dilatación
- Posición y lugar del parto
- Movilidad

Intervenciones

- Monitorización fetal

¹¹⁷ E. DECLERQ.- M.F. MACDORMAN.- F. MENACKER.- N. SCOTLAND., «Characteristics of planned and unplanned home birth in 19 States» en *Obstet Gynecol* 116 1 (2010) 93-99.

- Tactos vaginales
- Medicamentos
- Canalización de vía periférica
- Sondaje vesical
- Rotura de bolsa
- Pujos
- Episiotomía
- Nacimiento
- Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento
- Aspiración de secreciones y sondajes tras el nacimiento
- Atención inmediata al recién nacido
- Corte del cordón umbilical
- Inicio precoz de la lactancia
- Alumbramiento de la placenta
- Cuidado y atención al recién nacido
- Higiene del recién nacido
- Traslado a planta y estancia en la maternidad tras el nacimiento
- Duración de la estancia y cohabitación madre-recién nacido
- Lactancia
- Parto instrumental o cesárea

Todos estos prerrogativas e intervenciones son extraídos de la publicación Plan de Parto y Nacimiento. Estrategia de Atención al Parto Normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹¹⁸.

Claro está que el objetivo común de todos los partos es una madre y un hijo sanos, pero se diferencian en cómo llevarlo a cabo, *uno priorizando más la seguridad y otros más priorizando más el bienestar del proceso.*

¹¹⁸ MINISTERIO DE SANIDAD Y SALUD PUBLICA., *Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal. guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud.* Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de evaluación de tecnología sanitarias del País Vasco. Agencia de evaluación de tecnologías de Galicia. Guía de practica clínica en el SNS: obsteba nº 2009/01, Vitoria Gastez 2010. [http:// www.euskadi.net/ejgvbiblioteka](http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteka). Consultado el 03-5-2014.

El cómo se apliquen estas intervenciones o procedimientos es lo que define a la asistencia al parto.

El parto natural, como ya hemos visto, el planteamiento es hacer las menos intervenciones posibles, pero no está exenta del todo de algunas de ellas, como son las auscultaciones intermitentes, sutura de pequeños desgarros vaginales o el corte del cordón umbilical.

Por otro lado estarían los partos intervenidos, donde se realizan la mayoría de las intervenciones descritas, como canalización sistemática de vía periférica, tactos vaginales o monitorización fetal continua.

Desde la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y desde las instituciones públicas como el Ministerio de Sanidad y Consumo, para dar globalidad a esta disparidad de criterios desarrolló una guía de asistencia al Parto Normal, donde establece unas mínimas intervenciones y cómo se debe actuar en caso de que todo camine en la dirección fisiológica. Pero esta guía médica, no exime en ningún momento la actuación de medios, es decir, *la responsabilidad última a partir del ingreso corresponde única y exclusivamente a los profesiones de centro donde se atiende el parto.*

Los principales puntos de controversia en cuanto a procedimientos empleados en las diferentes formas de realizar un parto, con especial concreción en los partos hospitalarios y partos domiciliarios son:

- El empleo de perfusión de oxitocina.
- La realización de episiotomía.
- El uso de métodos de bienestar fetal -el registro cardio-tocográfico.

Empleo de perfusión de oxitocina

Es la hormona principal del nacimiento. Es necesaria para inducir y mantener contracción uterinas eficaces para el nacimiento y para el alumbramiento de la placenta.

La oxitocina sintética tiene una fórmula exactamente igual y sin diferencia con la forma natural.

Diferencias con respecto a la segregada de forma fisiológica:

- La cantidad de oxitocina que llega al torrente sanguíneo materno durante la perfusión intravenosa es enorme en comparación con la cantidad de oxitocina que la glándula pituitaria puede liberar.
- La liberación de oxitocina natural es de forma pulsátil, en cambio la administrada se realiza de forma continua.
- Refieren los detractores de la oxitocina¹¹⁹, que podría existir una relación del empleo de oxitocina con alteraciones del sistema de la oxitocina como el *autismo* y la *anorexia nerviosa* o bien, y por otra parte, que se produzca una “desensibilización de los receptores de la oxitocina”, es decir, estamos interfiriendo sistemáticamente en el desarrollo del sistema oxitócico de los seres humanos en una fase crítica de la interacción entre de genes y entorno.
- Por otro lado, se ha descubierto enzimas placentarias metabolizadoras de la oxitocina (oxitocinasas) en la que es la barrera placentaria, albergando la conclusión que la oxitocina no llega a estar en contacto con el bebé.

Así pues, por un lado los que se postulan en contra argumentan que el empleo de oxitocina alteran un proceso fisiológico que presenta un ritmo individualizado, el cual no se respeta, además se administra de forma generalizada e innecesaria, provocando contracciones más fuertes y por tanto más dolorosas, que suele llevar a la mujer a solicitar la epidural como medio más efectivo para aliviar el dolor. Por otro lado, las contracciones se suceden más frecuentemente, por lo que el bebé es incapaz de recuperar completamente la saturación de oxígeno y esto dará sufrimiento.

Para lo profesionales, el empleo de oxitocina según la OMS, la política de amniotomía y estimulación con oxitocina de forma temprana para la prevención y el tratamiento de los retrasos de la evolución del trabajo de parto, reduce modestamente la tasa de cesárea y de la duración de parto.

Más allá del parto, la oxitocina reduce a la mitad el riesgo de hemorragia postparto con pérdida de sangre de más de 500 ml y reduce el riesgo de hemorragia puerperal severa.

Una de las causas de mortalidad materna es la *hemorragia postparto* (definida como la pérdida de más de 500 ml en las primeras 24 horas después del nacimiento o 1000 ml después de las primeras 24 horas).

¹¹⁹ ODENT, *El nacimiento en la era de plástico*, 25-27.

En las guías de la OMS para el manejo de la hemorragia postparto y retención placentaria publicada en Genova en 2009 explicita:

Los retrasos en el diagnóstico y tratamiento tienen un impacto significativo en la oportunidad de supervivencia así como las secuelas.

En las guías de la OMS, del 2012, para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto, recomienda¹²⁰:

Que a la luz de los estudios de evidencia, TODA mujer de parto, se le debe ser ofrecido sustancias uterotónicas en su tercera etapa del parto, de forma PREVENTIVA.

Para el personal sanitario, la oxitocina nos permite inducir partos que tiene indicación médica de finalización, ayudar a partos prolongados y para el tratamiento y prevención de hemorragias postparto (que son una de las principales causas de muerte materna relacionadas con el parto)

Ventajas:

Permite finalizar embarazos.

Ayudar a partos prolongados.

Prevenir y tratar hemorragias postparto.

Desventajas:

Contracciones mas intensas y dolorosas.

Posible relación con trastornos conductuales, cognitivos y emocionales del recién nacido.

Desensibilización poblacional a los sistemas oxitócicos.

¹²⁰ WHO., Recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage, Genova 2012.

Realización de episiotomía

La episiotomía es la incisión quirúrgica en la zona del perineo, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal blando de parto. Se prefiere realizar episiotomías mediolaterales.

Su realización puede ocasionar diversas complicaciones:

- Infecciones.
- Dehiscencia de episiorrafia.
- Edemas, hematomas.
- Dispareunias.
- Cicatrización dolorosa o molesta.
- Reacción alérgica al hilo empleado en la sutura.
- Retracción muscular o nerviosa.
- Incontinencia fecal, transitoria o permanente.
- Incontinencia urinaria parcial o total.
- Trauma psicológico.

Según la Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, la episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, *con un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal*.

Antes de llevarla a cabo deberá realizarse una analgesia eficaz excepto en una emergencia debido a un compromiso fetal agudo.

No deberá realizarse de forma rutinaria durante un parto vaginal. En esta línea se circunscribe la OMS, donde nos especifica el *uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones*, en oposición a la episiotomía de rutina. La episiotomía usada de forma restrictiva ocasiona un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y la necesidad de sutura pero aumenta el riesgo de traumatismo perineal anterior. No existen diferencias en traumatismos vaginales o perineales severos, dolor, dispareunia o incontinencia urinaria en una u otra actitud.

Beatrijs Smulders y Mariël Croon¹²¹ en su libro Parto Seguro nos plantean que:

¹²¹ SMULDERS, *Parto Seguro. Una guía completa*, 46-51.

La mayoría de las mujeres sufren algún pequeño desgarro en la vaginal o los labios de la vulva en su primer parto...dichos desgarros suelen producirse en los puntos de menor resistencia y donde hay menos músculos, por lo que el más común nace en la vagina y va en dirección al ano. En cambio, la episiotomía tiene más molestias después del parto y al reanudar las relaciones sexuales.

Por esto concluyen que un desgarro es siempre preferible a una episiotomía.

La Guía de Asistencia en Parto en Casa, publicado por el Colegio de Enfermería de Barcelona, en el 2010¹²², establece los efectos de la *episiotomía selectiva comparada con la episiotomía rutinaria*.

Resultados maternos	Efecto más probable de la episiotomía selectiva comparada con la rutinaria
Trauma perineal severo	Reduce 20%
Trauma perineal posterior	Reduce 12 %
Necesidad de reparación trauma perineal	Reduce 26%
Dolor perineal al alta	Reduce 29%
Dispareunia 3 meses postparto	Aumenta 2%
Complicaciones cicatriciales	Reduce 71%
Incontinencia urinaria 3 meses postparto	Reduce 2%
Ingresos a cuidados intensivos	Reduce 26%
Trauma perineal anterior	Aumenta 79%

Es decir, la episiotomía selectiva reduce todas las complicaciones, salvo la posibilidad de trauma perineal anterior y las dispareunias.

¹²² <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF>. Consultado el día 28-8-2014.

Métodos de bienestar fetal. Monitorización fetal

Para el control del bienestar fetal, hay diversos métodos, todos ellos se basan en la *detección de alteraciones en el estado de oxigenación fetal* y sus modificaciones del empleo de dicho oxígeno. La repercusión de la falta de oxigenación (hipoxia) puede generar la muerte fetal o un daño neurológico en el recién nacido.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia¹²³ recientemente, en 2014, ha publicado una segunda revisión del informe sobre la encefalopatía neonatal. En ella se estipula los criterios que se deben dar para relacionar el déficit de oxigenación que produce la encefalopatía con una *causa intraparto*.

La encefalopatía neonatal, que sustituye a la anterior llamada encefalopatía hipóxico-isquémica, es definida clínicamente como:

Un síndrome de disfunción neurológica que debuta en los primeros días de vida después del nacimiento o antes de las 35 semanas de gestación, manifestándose como un menor nivel de consciencia, acompañado frecuentemente de dificultad respiratoria, hipotonía e hiperreflexia. Se debe establecer si hay una relación con un evento periparto o intraparto ocasionado por una hipoxia o isquemia.

A día de hoy no disponemos de la metodología adecuada, eficaz y óptima durante el parto, que no sólo nos informe de la situación patológica del estado fetal sino sobre todo de las repercusiones (neurológicas, enzimáticas, metabólicas, etc).

Sólo disponemos, para preveer la muerte fetal como primer objetivo y como segundo objetivo disminuir la lesión cerebral, la *monitorización fetal cardiaca*.

El patrón de frecuencia cardiaca se modifica con la alteración del equilibrio acido/base (acidemia e de hipoxia fetal), desde que el cerebro fetal regula la frecuencia fetal. Hay dos modalidades empleadas, la monitorización fetal continua y de forma intermitente.

En 2013 se publicó una revisión sistemática¹²⁴ con 13 ensayos controlados randomizados (dos de ellos de gran calidad) que incluían más de 37.000 mujeres, tanto de

¹²³ ACOG., «Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists task force on neonatal encephalopathy» en *Obstet Gynecol* 123 (2014) 896-901.

¹²⁴ Z. ALFIEREVIC.- D. DEVANE.- G.M. GYTE., «Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour» en *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2013) Issue 5. Art. No.: CD006066. DOI:10.1002/14651858.CD006066.pub2.

bajo como de alto riesgo y se comparó la monitorización cardiaca fetal continua con la intermitente. *No se objetivó diferencias significativas entre las dos técnicas:*

Monitorización continua vs intermitente	RR	95% CI
Mortalidad perinatal	0,86	0,59-1,24
Parálisis cerebral	1,75	0,84-3,63
Acidosis en cordón	0,92	0,27-3,11
Encefalopatía hipóxico isquémica	0,46	0,04 -5,03
Apgar <4 a los 5 minutos	1,80	0,71 – 4,59
Ingreso en UCI	1,01	0,86-1,18

Diferencias significativas entre ambas formas de monitorización:

El uso de monitorización cardiaca continua disminuye la tasa de convulsiones neonatales (RR 0,50, 95% CI 0,31-0,80), pero estas convulsiones no parecen estar asociadas a consecuencias a largo plazo (misma mortalidad perinatal, parálisis cerebral y de encefalopatía hipóxico isquémica).

También la monitorización continua genera más cesáreas y partos instrumentados a causa de patrones anómalos de registros cardiotocográficos (RR de cesáreas de 2,38; 95% CI de 1,89-3,01 y de partos instrumentados: RR 0,91; 95 % CI 0,86-0,96).

Así pues, las Asociaciones de Ginecólogos y Obstetras a nivel internacional recomiendan:

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG)¹²⁵

Se recomienda la monitorización fetal continua en pacientes de alto riesgo. En las de bajo riesgo auscultación intermitente.

2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)¹²⁶

Se recomienda la monitorización fetal continua para pacientes de alto riesgo; en pacientes de bajo riesgo las dos opciones (continua o intermitente) son aceptables.

¹²⁵ NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) INTRAPARTUM CARE., *Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190*, London NICE 2014, 315.

¹²⁶ ACOG., «Practice Bulletin n 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles» en *Obstet Gynecol* 114 (2009) 192.

3. Canadian Task Force on Preventive Health Care¹²⁷

No está recomendada la monitorización continua en paciente de bajo riesgo. No hay suficiente evidencia para recomendar o no la monitorización.

10.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS PERINATALES SEGÚN EL TIPO DE PARTO: PARTO NATURAL VERSUS PARTO HOSPITALARIO

Para abordar las distintas opciones de lugares de nacimiento desde un punto de vista científico hay varios modelos de aproximación. Uno de ellos es a través del estudio de los resultados de morbilidad y mortalidad perinatal, comparando los distintos modelos entre sí.

El debate sobre la seguridad de los partos naturales frente a los partos hospitalarios se traslada a las publicaciones a principios de los 80, estableciendo una controversia acalorada y apasionada entre los opositores y defensores del parto natural. Para acotar el ecosistema de la bibliografía reciente, hemos delimitado en los últimos cinco años (2009-2014). En estos 5 años, hay 181 artículos sobre el parto planificado domiciliario, publicados en la base de datos PUBMED (con la palabra clave de “home birth”) y de ellos, 54 son del año 2014.

Lo publicado sobre los resultados materno-fetales, los hemos clasificado y estudiado en 3 etapas:

- A) Publicaciones antes del artículo firmado por Wax (2010)
- B) Publicaciones a partir del 2010
- C) Publicaciones recientes

A) Publicaciones antes del artículo firmado por Wax

Destacamos los siguientes artículos:

¹²⁷ CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE., www.ctfphc.org/. Consultado el 25-5-2014.

- De Jonge¹²⁸ publica una serie larga, de medio millón de mujeres de bajo riesgo en los Países Bajos, durante 7 años. Sus resultados son los siguientes:
 - El 60,7% realizaron un parto en casa.
 - La tasa de muerte perinatal y de ingreso en UCI neonatal es similar en ambos grupos, incluso para nulíparas y mayores de 35 años.
 - Sus limitaciones: es un estudio retrospectivo y algunos datos no se han encontrado. Hay un 50 % de pérdidas de datos pediátricos. El nivel socioeconómico se ha ajustado según el código postal. Concluyen que se necesitan más estudios.
 - Una crítica firmada por Groenendaal¹²⁹ posiciona dudas metodológicas en este artículo.

- Janssen¹³⁰ en 2009, publica un estudio sobre los resultados de los partos en casa con una matrona certificada frente a los partos hospitalarios asistidos por un médico o una matrona. Sus resultados indican que comparando la cohorte de partos hospitalarios de bajo riesgo con los partos planificados, tienen *tasas de mortalidad perinatal similares con tasas de intervenciones menores para los partos planificados en casa*. Metodológicamente tienen numerosos sesgos que ellos mismos reconocen en su artículo, como es la falta de documentación postparto en los partos naturales.

- Mc Lachlan¹³¹ a finales del 2009 se pregunta si la seguridad del parto natural tiene una evidencia lo suficientemente buena. A raíz del artículo publicado por Janssen, realiza una crítica de la evidencia por los múltiples sesgos y limitaciones de los estudios publicados y concluye que el debate continua, pues hacer un estudio randomizado, es un reto que a día de hoy, parece inconquistable.

¹²⁸ A. DE JONGE.- B.Y. VAN DER GOES.- A.C. RAVELLI.- M.P. AMELINK VERBURG.- B.W. MOL.- J.G. NIJHUIS.- J. BENNEBROEK GRAVENHORST.- S.E. BUITENDIJK., «Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low risk planned home and hospital births» en *BJOG* 116 9 (2009) 777-784.

¹²⁹ F. GROENENDAAL., «Home birth: as safe as in hospital» en *BJOG* 116 9 (2009) 1684-1685.

¹³⁰ P.A. JANSSEN.- L. SAXELL.- L.A. PAGE.- M.C. KLEIN.- R.M. LISTON.- S.K. LEE., «Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician» en *CMAJ* 15 181 (2009) 377-383.

¹³¹ H. MC LACHLAN.- D. FOSTER., «The safety of home birth: is the evidence good enough?» en *CMAJ* 15 181 (2009) 359-360.

- Hutton¹³² realiza un estudio retrospectivo de 3 años sobre los resultados en Canadá.
 - 13.384 partos asistidos por matronas, todos de bajo riesgo. De ellos 6692 fueron partos planificados domiciliarios. Los compararon con una cohorte de 6692 pacientes seleccionadas de partos hospitalarios randomizados de los 13424 posibles (por cumplir criterios de selección de bajo riesgo).
 - *Las cifras totales de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, fueron muy bajas para los dos grupos.*
 - *No diferencias encontradas en la morbimortalidad perinatal en ambos grupos, con una menor incidencia de intervenciones en la madre en los partos planificados en casa.*

- Firmado por Kennare, se publica un artículo sobre los resultados de los partos naturales y los partos hospitalarios en Australia desde 1991 hasta 2006¹³³. Realiza un estudio retrospectivo con los siguientes resultados:
 - Los partos planificados en casa supusieron un 0,38% del total.
 - *Ambos presentaron tasas de mortalidad perinatal similares.*
 - *El parto en casa tiene 7 veces más riesgo de muerte intraparto y 27 veces más riesgo de muerte por asfixia intraparto.*
 - La limitación del estudio es que es observacional, con una serie pequeña en los partos domiciliarios.

- Un artículo que vamos a destacar como importante, es el publicado en 2010, Agosto, en la revista British Medical Journal, Evers y colaboradores. Publican un estudio de *cohortes prospectivo* que estudia la mortalidad perinatal y la morbilidad severa en los embarazos de alto y bajo riesgo en los Países Bajos¹³⁴.

¹³² E.K. HUTTON.- A.H. REITSMA.- K. KAUFMAN., «Outcomes associated with planned home birth and planned hospital birth in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006; a retrospective cohort study» en *Birth* 36 3 (2009) 180-189.

¹³³ R.M. KENNARE.- M.J. KEIRSE.- G.R. TUCKER.- A.C. CHAN., «Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes» en *Med J Aust* 18 192 (2010) 76-80.

¹³⁴ A.C.C. EVERS.- H.A.A. BROWERS.- C.W. HUKKELHOVEN.- P.G.J. NIKKELS.- J. BOON.- A.VAN EGMOND-LINDEN.- J. HILLEGERSBERG.- Y.S. SNUIF.- S. STERKEN- HOOISMA.- H.W. BRUINSE.- A. KWEE., «Perinatal mortality and severa morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohorte study» en *BMJ* (2010) 341: e5639doi:10.1136 / bmj.e5639.

El sistema holandés es diferente de todos los sistemas sanitarios obstétricos en Europa y está caracterizado por tener bien definido un sistema primario y secundario de cuidado obstétrico, basado en la distinción de bajo y alto riesgo.

Aquellas gestantes de bajo riesgo son incluidas en un sistema primario conducido por matronas. Aquellas de alto riesgo son controladas en unidades médicas obstétricas que pertenecen al sistema secundario.

Sus resultados evidencian que la muerte perinatal global fue de 2.62 /1000 recién nacidos (IC 95% 2.11-3.14) y fue significativamente mayor en nulíparas frente a multíparas (RR 1.65; IC 95% 1.11- 2.45).

Los niños de gestantes de bajo riesgo cuyo parto comenzó en el sistema primario bajo la supervisión de matronas tiene un riesgo significativamente mayor que las mujeres de alto riesgo cuyo parto empezó en las unidades de cuidado secundario bajo supervisión de un obstetra (RR 2.33; IC 95% 1.12- 4.83).

Aquellos recién nacidos que comenzaron bajo supervisión de una matrona y que finalizaron mediante la ayuda médica tienen 3.66 veces más riesgo de muerte perinatal, que aquellos niños de gestantes que comenzaron el parto bajo la supervisión de un obstetra (RR 3.66; IC 95% 1.58- 8.46).

Concluyen que aunque la forma metodológica de extracción de datos no tiene suficiente peso, los hallazgos hacen necesario una reflexión sobre el sistema de cuidado obstétrico holandés. Este artículo es destacable ya que es uno de los pocos que son prospectivos.

B) Publicaciones desde la publicación de Wax

El artículo que verdaderamente supone una revolución en la literatura hasta ahora publicada es el artículo siguiente.

En Septiembre del 2010, *Joseph Wax*¹³⁵ publica, “*Maternal and newborn outcomes in planned home birth versus planned hospital births: a metaanalysis*”. Importante por el número de referencias, unas porque sirven para establecer posturas de sociedades científicas, así lo hace la ACOG y otras por el aluvión de críticas que ha recibido, entre

¹³⁵ J.R. WAX.- F.L. LUCAS.- M. LAMONT.- M. PINETTE.- A. CARTIN.- J. BLACKSTONE,. «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis» en *Am J Obstet Gynecol* 203 243 (2010) e1-e8.

ellas, metodológicas. Por lo tanto es un artículo imprescindible conocer cuando se habla de parto natural.

Realiza un metaanálisis de los resultados maternos y del recién nacido en partos planificados hospitalarios frente a partos domiciliarios. Incluyeron 12 estudios, con un total de 342.000 partos domiciliarios frente a 207.551 hospitalarios.

Sus resultados fueron:

1. Muerte materna: Los partos domiciliarios presentan una tasa de mortalidad materna de 27,3/100.000 nacimientos frente a una tasa de 10.5 en hospitalarios.
2. Los partos domiciliarios presenta menor número de:
 - a. Analgesia epidural
 - b. Monitorización fetal
 - c. Partos instrumentados
 - d. Cesáreas
 - e. Infecciones maternas
 - f. Desgarros de 3 grado y mayores
 - g. Desgarros vaginales y perineales
 - h. Hemorragias
 - i. Placentas retenidas
 - j. Episiotomías
3. No diferencias significativas de prolapso de cordón.
4. *Muestran similar tasa de mortalidad perinatal.*
5. *Tasa de mortalidad neonatal del doble de forma global y del triple para recién nacidos sin anomalías para los partos domiciliarios frente a los hospitalarios.*

Un resumen y crítica de este metaanálisis, incorporado a la base de datos de DARE en Enero del 2013¹³⁶, refiere la exclusión de estudios por criterio de lengua (sólo se incluyeron los publicados en lengua inglesa), además plantean dudas metodológicas en el tratamiento estadístico realizado en el estudio, en base a la heterogeneidad de los trabajos, en particular en cuanto a la mortalidad perinatal y neonatal. Además los resultados de

¹³⁶ DARE., «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis» en *Databases of abstract of review of effects*, available <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/> Consultado el 19-2-2013.

mortalidad neonatal están basados en una cantidad pequeña de participantes. Por tanto concluyen que las conclusiones de los autores deben ser tratadas con cautela porque no reflejan toda la evidencia y existe una cierta heterogeneidad no explicada.

En la misma revista donde Wax publicó su estudio, en *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, en abril del 2011 hay cartas al editor que expresan su disconformidad con respecto al estudio de Wax. Destaco dos:

- Kirby¹³⁷ expresa incorrección metodológica y analítica, ya que sólo 4 estudios son de esta década; hay un estudio con muy pocos participantes (el tamaño es de 11 participantes) y sólo uno de EEUU. Además de obtener información de los certificados de nacimiento, donde no se refleja si son planificados o no. En cuanto a la mortalidad perinatal y neonatal, refieren que se han incluido estudios de distintas décadas, incluyendo la de los años 70, donde existían más nacimientos de malformados, cuya viabilidad es menor.
- Davey¹³⁸ también cuestiona los resultados en la diferencia de mortalidad neonatal en dichas cartas al editor.

Romano¹³⁹ crítica también la revisión por cuestiones metodológicas, que lo define como defectuosa y reflexiona sobre la importancia de la recogida de los datos.

Janssen¹⁴⁰ plantea dudas metodológicas en cuanto a la recogida de datos (sólo un 30% de los posibles), así como no refleja cuales son planificados y cuales no. A juicio de la firmante, es el tiempo de mejorar los estudios en relación con los partos planificados.

Por el contrario en febrero del 2011 el Comité de Opinión del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG)¹⁴¹ publica los siguientes comentarios:

¹³⁷ R. KIRBY., «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Letters to the editors» en *Am J Obstet Gynecol* (2011) e16.

¹³⁸ M.A. DAVEY., «Perinatal mortality and planned home birth. Letters to the editors» en *Am J Obstet Gynecol* (2011) e 18.

¹³⁹ A.M. ROMANO., «Safe and healthy birth: the importante of data» en *J Perinat Educ* 19 4 (2010) 52-58.

¹⁴⁰ P.A. JANSSEN.- M.C. KLEIN., «Time for improved standars for studies of home birth» en *Am J Obstet Gynecol* 203 5 (2010) e11-12.

- El Comité de Prácticas Obstétricas creen que, *los hospitales y centros de nacimientos son los más seguros, aunque la mujer tiene derecho a elegir dónde parir, tras una información médica.*
- Las mujeres que desean un parto domiciliario deberían ser informadas de los riesgos/beneficios de realizarlo, basados en la evidencia reciente. *Específicamente, deben ser informadas que aunque el riesgo absoluto puede ser menor, los partos en casa frente a los hospitalarios tienen un riesgo de 2 o 3 veces mayor de muerte neonatal.*
- La evidencia científica es limitada, pues *no existen estudios adecuados randomizados para los partos planificados domiciliarios.* En consecuencia, la mayor parte de la información está basada en estudios observacionales. Estos tiene frecuentemente problemas metodológicos como son los tamaños muestrales pequeños, ausencia de grupos control, dificultad para diferenciar partos planificados de los no planificados domiciliarios, etc.
- Dejando al margen estas limitaciones, desde un punto de vista colectivo, los estudios recientes clarifican un número importante de cuestiones con respecto a los resultados maternos y del recién nacido en los partos domiciliarios frente a los partos hospitalarios:
 - Las cifras de mortalidad perinatal son similares, pero los partos domiciliarios presentan un aumento del riesgo del doble o triple de mortalidad neonatal. Estos resultados no se modifican si eliminamos estudios de baja calidad.
 - Los partos domiciliarios presentan menos intervenciones sobre la madre, incluyendo analgesia, monitorización fetal, episiotomía y cesáreas. También menor número de desgarros de tercer nivel y menos infecciones maternas.
 - Presentan el mismo número de hemorragias postparto, laceraciones perineales y vaginales y prolapso de cordón.

¹⁴¹ ACOG., «Planned home birth. Committe opinion 476. American Colleague of Obstetricians and Gyencologist» en *Obstet Gynecol* 117 (2011) 425-428.

- El *riesgo de traslado hospitalario* es del 25-37% para las nulíparas y del 4-9% para las múltiparas. La mayoría de las causas descritas han sido por: ausencia de progresión del parto, necesidad de alivio del dolor, hipertensión, sangrado, mal posición fetal y riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Los estudios refieren que *los partos domiciliarios son igual de seguros para la madre como para el recién nacido en aquellos que presentan una serie de condiciones*: ausencia de enfermedad materna preexistente, feto único, presentación cefálica, edad gestacional entre 36 y 41 semanas completas, inicio de parto espontáneo. *Todos aquellos que no presentan dichas características (parto postérmino, gemelar, presentación podálica) tiene evidencia que presentan mayor riesgo de muerte perinatal.*
- El Comité aboga porque los partos domiciliarios sean llevados a cabo por matronas especializadas y formadas para tal efecto, con la acreditación correspondiente.

En 2012, The Cochrane Lybrary¹⁴² publica una revisión sistemática sobre el parto hospitalario planificado versus el parto planificado domiciliario, realizado por Olsen como actualización del publicado en el año 2000. Sus conclusiones son que *la evidencia es de moderada calidad para establecer un criterio a favor del parto domiciliario u hospitalario en gestante de bajo riesgo.*

Establecen que deben realizar ensayos clínicos bien diseñados y en su defecto, preparar una revisión sistemática basada en estudios observacionales. Sólo existen dos ensayos aleatorizados con pequeño tamaño muestral, que imposibilita obtener resultados basados en evidencia. De estos dos estudios solo pudieron incluir uno (Dowsell 1996) con tamaño muestral de 11 pacientes¹⁴³.

El hacer esta revisión sistemática sin existir nuevos datos de ensayos aleatorizados ha sido secundario al boom que la supuesto la revisión de estudios observacionales realizada por Wax y el aluvión de críticas que ha obtenido en consecuencia:

¹⁴² O. OLSEN.- J.A. CLAUSEN., «Planned hospital birth versus planned home birth» en *Cochrane Database Syst Rev* 9 (2012).

¹⁴³ T. DOWSELL.- J.G. THIRNTON.- J. HEWISON.- R.J.L. LILFORD., «Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? Measuring outcomes other than safety is feasible» en *BMJ* 312 (1996) 753.

- a. Davey 2011¹⁴⁴
- b. Delamothe 2010¹⁴⁵
- c. Gyte 2011¹⁴⁶
- d. Hayden 2011¹⁴⁷
- e. Horton 2010¹⁴⁸
- f. Johnson 2011¹⁴⁹
- g. Keirse 2010¹⁵⁰
- h. Kirby 2011¹⁵¹
- i. Michal 2011¹⁵²
- j. Sandall 2011¹⁵³
- k. Zohar 2011¹⁵⁴

Su acercamiento a los estudios observacionales sugieren que el parto planificado en casa es seguro y puede llevar menos intervenciones, menos complicaciones y menos problemas neonatales. Sin embargo, continua, si nuestro primer objetivo es la mortalidad materna y perinatal, se requieren estudios de envergadura para contestar estas cuestiones, lo que va a ser una tarea muy difícil de llevar a cabo. Debido a este debate tan apasionado sobre la calidad de los estudios observacionales y sus revisiones sistemáticas, los autores proponen realizar una revisión sistemática basada en un protocolo público, diseñado con todos los pasos establecidos, los criterios de inclusión, la población, el diseño del estudio, los tipos de intervención y las medidas de los resultados.

¹⁴⁴ M.A. DAVEY.- M.M. FLOOD, «Perinatal mortality and planned home birth. Letters to the editors» en *Am J Obstet Gynecol* 204 4 (2011) e18.

¹⁴⁵ T. DELAMOTHE., «Throwing the baby back into birth water» en *BMJ* 341 (2010) c 4292.

¹⁴⁶ G.M. GYTE.- M.J. DODWELL., «Home birth metaanalysis: does it mee ACOJ's reportment requeremnts?» en *Am J Obstet Gynecol* 204 (2011) e18.

¹⁴⁷ E.C. HAYDEN., «Home Birth study investigated». <http://www.Nature.com/news/2011/110318/Full/news.2011.162.html> Consultado el 10-8-2014.

¹⁴⁸ R. HORTON., «Offline: urgency and concern about home births» en *Lancet* 376 (2010) 1812.

¹⁴⁹ K.C. JOHNSON.- B.A. DAVISS., «International data demonstrate home birth safety» en *Am J Obstet Gynecol* (2011) e18.

¹⁵⁰ M.J. KEIRSE., «Home birth: gone away, gone astray, and here to stay» en *Birth* 37 (2010) 341-346.

¹⁵¹ R.S. KIRBY., «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis» en *Am J Obstet Gynecol* 2011: e16.

¹⁵² C.A. MICHAL.- P.A. JANSSEN., «Planned home birth vs hospital birth: a metaanalysis gone wrong». <http://www.medscape.com/viewarticle/739987>. Consultado el 11-3-2013.

¹⁵³ J. SANDALL.- J. BEWLEY., «Home births triples the neonatal death rate: public communication of bad science» en *Am J Obstet Gynecol* 204 4 (2011) e18-e20.

¹⁵⁴ N. ZOHAR.- R. DE VRIES., «Study validity questioned» en *Am J Obstet Gynecol* 204 4 (2011) e18-e20.

Realizan un análisis de los modelos de nacimientos dónde los puntos de vista más interesantes son los siguientes:

- El modelo hospitalario proporciona un entorno seguro para la mujer de parto, con capacidad de intervenir sin retraso en caso de complicaciones.
- La aseveración de que “el nacimiento sólo puede ser definido como normal es retrospectivo” es el sustento de este modelo hospitalario.
- Las complicaciones en el parto ocurren en todos los partos, pero en los de bajo riesgo son con mucho, menos frecuentes. Para justificar estos partos hospitalarios, se basan en la premisa de que cualquier parto se puede complicar y necesitar medidas urgentes, sin tener en cuenta que muchas de estas intervenciones pueden presentar efectos adversos que pudieran superar los beneficios. Ejemplos de estas complicaciones son los desprendimientos de placentas normoinsertas, prolapsos de cordón, distocias de hombros y riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Analiza cada una de estas complicaciones:
 - Desprendimiento de placenta normoinserta y prolapso de cordón: Son entidades de muy baja frecuencia: 1/10.000 en gestantes de bajo riesgo. Por ejemplo, para el prolapso de cordón, el profesional que asiste el parto domiciliario puede solventar la situación manteniendo la presentación rechazada mediante una mano hasta llegar al hospital, sin que interfiera en la morbimortalidad. Sin embargo estas dos situaciones, no pudieran justificar el manejo hospitalario, porque es obvio que solo se beneficiarían un porcentaje muy bajo de las embarazadas de bajo riesgo.
 - En cuanto a la distocia de hombros, complicación que ocurre entre el 0,1-2,1 % de todos los embarazos. La principales medidas para solventarla se pueden realizar en casa o en el hospital (se solventaría entre un 79-94,6 %).
 - Con respecto al riesgo de pérdida de bienestar fetal, dos conclusiones nos muestran los autores. Una que con medidas conservadoras se solucionan mayoritariamente y la segunda que la monitorización de la frecuencia fetal cardiaca durante el parto presenta una cifra muy alta de

alarmas, produciendo numerosas cesáreas y partos instrumentados sin que conlleve esto una disminución de la parálisis cerebral, mortalidad infantil y otras medidas neonatales de control de un nacimiento adecuado. Muchas de las pérdidas de bienestar fetal son yatrógenas secundarias al empleo de oxitocina o analgesia epidural.

- Por último hace una reflexión sobre los posibles efectos adversos de la asistencia al parto en un entorno hospitalario, que no distingue la individualidad del parto, ni siquiera entre una gestante de bajo y alto riesgo, empleando de forma rutinaria la amniotomía y el empleo de oxitocina, generando más intervenciones y mayor número de cesáreas.
- Concluyen que las posibles complicaciones no permiten que se puedan poner por delante de otros valores asociados a la experiencia de ser madres. *Las matronas son expertas en proteger, ayudar y ensalzar la psicología normal del parto, alumbramiento y lactancia así como establecer a la parturienta como principal protagonista de su parto y ser ella quién tome las decisiones.*

En este sentido también se publica en el 2014, un artículo sobre el papel fundamental de la matrona en el parto como elemento proporcionador de seguridad y ayuda durante el parto¹⁵⁵.

Birthplace in England Research Programme

Es un programa multidisciplinar de investigación fundado por el “National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme” y por el “Department of Health Policy Research Programme”¹⁵⁶. Sus objetivos es dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- Si hay diferencias en resultados para la madre y para el bebe entre los diferentes modelos de nacimientos.
- Si hay diferencias en costes y costes–beneficios.
- Cómo es la organización y sus cambios en las Unidades de Maternidad.

¹⁵⁵ I. SJÖBLOM.- E. IDVALL.- H. LIDGREN.- AND NORDIC HOMEBIRTH RESEARCH GROUP., «Creating a safe haven- women’s experiences of the midwives’s professional skills during planned home birth in four Nordic countries» en *Birth* 41 (2014) 100-107.

¹⁵⁶ www.npeu.ox.ac.uk/birthplace. Consultado el 07-8-2014.

- Cuales son las características organizativas de los sistemas de maternidad que pueden afectar a la calidad y seguridad de los diferentes modelos.

Es dirigido por la Unidad Nacional de Epidemiología Perinatal de la Universidad de Oxford junto con el King's College y la Universidad de Londres.

Sus estudios han sido publicados en la revista British Medical Journal en Noviembre del 2011¹⁵⁷, *estudio prospectivo amplio*, desde Abril del 2008 a Abril del 2010, con un reclutamiento de 64538 *mujeres de bajo riesgo*, comparando los resultados *de los partos planificados en casa, o en una unidad llevada por matronas o en una unidad obstétrica hospitalaria*. Sus conclusiones han sido:

- Sus resultados hacen que *se apoye la posibilidad de elección del lugar del parto en mujeres nulíparas o multíparas de bajo riesgo*. Los resultados perinatales adversos son infrecuentes en todas las modalidades, mientras que las intervenciones durante el parto y al nacimiento son menos frecuentes en los partos en casa que en las unidades obstétricas.
- *Para las mujeres nulíparas hay evidencia que parir en casa está asociado con un mayor riesgo de resultado perinatal adverso. Una proporción sustancial de las mismas requieren traslado hospitalario*
- Se necesitan un estudio prospectivo de cohorte más largo.

Estas conclusiones se basan en los siguientes hallazgos:

- La incidencia de efectos adversos ha sido bajo en todos los modelos.
- No hay diferencia global en los resultados primarios (variable compuesta realizada. Constituida por la mortalidad perinatal y por la morbilidad neonatal intraparto: aspiración de meconio, encefalopatía neonatal, lesión del plexo braquial y/o fractura de clavícula o húmero) entre los distintos partos.
- Un subanálisis de esta variable compuesta muestra que las nulíparas tienen mayor riesgo de incidencia de resultados primarios adversos en los partos planificados

¹⁵⁷ P. BLOCKLEHUSRT.- P. HARDYA.- J. HOLLOWELL.- L. LINSELL.- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP., «Perinatal and maternal outcomes by planned place of Birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England Nacional prospective cohorte study» en *BMJ* 343 (2011) d7400.

domiciliarios frente a los hospitalarios: 9.3/1000 nacimientos (IC 95% de confianza 6.5-13.1) frente a 5.3/1000 nacimientos (IC 95 % 3.9-7.4) En las multíparas no hay diferencias.

- Posteriormente se realiza un comentario firmado por Buekens¹⁵⁸, que refiere ser la mejor opción de obtener datos observacionales de forma prospectiva y con series largas. Así pues para los autores tienen la total confianza en los datos obtenidos. Establecen un posible sesgo, que radica en no tener en cuenta el grado de cuidado prenatal en uno y otro brazo, que hasta ahora no se hace.
- Sandall¹⁵⁹, a raíz de esta publicación, concluye en su artículo, que para las primíparas la mejor opción es realizar el parto en los centros de nacimiento, que aportan menor intervencionismo con la mayor seguridad.

En este mismo año y mes, Noviembre del 2011, se publica en *Obstetrics y Gynecologist*¹⁶⁰ un estudio de Van der Kooy, para evaluar las tasas de muerte intraparto y neonatal precoz a través de un *diseño prospectivo por intención de tratar*.

Los resultados reflejan que hay un incremento no significativo de mortalidad perinatal en los partos en casa, limitado a pacientes de bajo riesgo con límites muy ajustados (peso al nacimiento, edad gestacional). En pacientes con baja edad gestacional, prematuros o anomalías congénitas presentan la misma tasa de mortalidad perinatal y mayor tasa de mortalidad neonatal. Por tanto, concluyen que el parto planificado domiciliario, bajo condiciones rutinarias, no está asociado con mayores tasas de mortalidad intraparto y neonatal temprana. En cambio, en subgrupos de mayor riesgo, no puede ser excluido un aumento de mortalidad. Una publicación posterior¹⁶¹ hace hincapié que los autores deberían mostrar más énfasis en la conclusión de que no hay diferencias significativas entre ambas opciones.

¹⁵⁸ P. BUEKENS.- M.J.N.C. KEIRSE., «Home birth: safe enough, but not for the first baby» en *Birth* 39 2 (2012) 165-167.

¹⁵⁹ J. SANDALL., «Birthplace in England research –implications of new evidence» en *J Perinat Educ* 22 2 (2013) 77-82.

¹⁶⁰ J. VAN DER KOY.- J. PEROAN.- P. DE GRAAF.- E. BIRNIE.- S. DENSKTAS.- E.A.P. STEEGERS.- G. BONSEL., «Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands. Intrapartum and early death in low risk pregnancies» en *Obstet Gynecol* 118 (2011) 1037- 46.

¹⁶¹ M.A. FAUCHER., «Planned home birth with community midwives has outcomes as good or better than planned hospital birth» en *J Midwifery Womens Health* 57 2 (2012) 201-202.

En 2012 se publica un artículo¹⁶² que reflexiona sobre los sistemas sanitarios de primer nivel no medicalizados en cuanto a la seguridad. Hace una búsqueda de artículos desde el 2004 hasta el 2011. Analizan 22 estudios. Sus conclusiones es que *hay evidencia para determinar que las mujeres de bajo riesgo en partos ayudados por matronas en centros de nacimiento o en casa tienen menos intervenciones para la mujer y hay más posibilidad de parto eutócico que los partos hospitalarios*. Continúan exponiendo que hay controversia sobre la calidad de evidencia frente a la mortalidad perinatal, con 4 estudios analizados que observan un aumento de la mortalidad frente a 14 que observan similitud o disminución de mortalidad. Así pues los autores lo centran en Australia, Suecia y Países bajos, que tienen sistemas sanitarios similares, y en ellos no encuentran diferencias en cuanto a la mortalidad perinatal.

Miller¹⁶³ desarrolla un estudio retrospectivo, que entre otros análisis, realiza una investigación sobre los resultados perinatales en mujeres nulíparas. Para ello lleva a cabo una encuesta postal a matronas (en total 12) sobre sus 10 últimas experiencias en partos de nulíparas en casa y en el hospital. No encuentra diferencias significativas en los Test de Apgar, en la necesidad de resucitación, traslados urgentes o no urgentes a unidades de pediatría o admisión en UCI neonatales. Pero si encontraron menos intervenciones en el parto natural. Este estudio tiene numerosas limitaciones metodológicas, que entre ellas la forma de extracción de datos así como el pequeño tamaño muestral.

Blix en 2012¹⁶⁴, publica una cohorte retrospectiva desde 1990 hasta 2007 en Noruega. Para ello diseña una cohorte de mujeres que deciden dar a luz en casa frente a una cohorte aleatorizada de mujeres que dieron a luz en un centro hospitalario. Ellos confirman sesgos de selección en la cohorte hospitalaria, y también reconocen pérdidas en la del parto natural así como en los traslados. Estas limitaciones, junto al pequeño tamaño muestral hace que no puedan obtener resultados en cuanto a morbimortalidad perinatal aunque si obtienen datos sobre un menor número de intervenciones y complicaciones en las mujeres que tuvieron un parto natural frente a las hospitalarias.

¹⁶² M.J. MCINTYRE., «Safety on non-medically led primary maternity care models: a critical review of the International literature» en *Aust Health Rev* 36 2 (2012) 140-147.

¹⁶³ S. MILLER.-J. SKINNER., «Are first time mothers who plan home birth more likely to receive evidence-based care? A comparative study of home and hospital care provided by the same midwives» en *Birth* 39 2 (2012) 135-144.

¹⁶⁴ E. BLIX.- A.S. HUITFEDT.- P. OIAN.- B. STRAUME.- M. KUMLE., «Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohorte study» en *Sex Reprod Healthc* 3 4 (2012) 147-153.

De Jonge, publica en Junio del 2013 un estudio holandés sobre los resultados maternos¹⁶⁵. Concluye que en pacientes multíparas, hay una tasa significativamente menor de morbilidad materna, hemorragia postparto y extracción manual de placenta en los partos domiciliarios frente a los hospitalarios; pero en nulíparas no hay diferencias significativas. Este estudio es criticado por Keirse¹⁶⁶, que cuestiona la metodología empleada por De Jonge, que se sorprende de las conclusiones para con las nulíparas.

En Octubre del 2013, Cheng y colaboradores¹⁶⁷ publican un estudio retrospectivo de cohortes para estudiar los resultados perinatales de los partos planificados domiciliarios en gestantes de bajo riesgo frente a los hospitalarios durante el año 2008 en EEUU; uno de los puntos metodológicos fuertemente discutido sobre el publicado por Wax.

Sus resultados son que los *partos planificados domiciliarios tienen tasas más bajas de intervenciones obstétricas; sin embargo, los neonatos de partos domiciliarios tiene más probabilidad de tener cifras críticas de test de Apgar (<4) y de convulsiones;* ambos factores pronósticos de muerte neonatal y de resultados neurológicos adversos.

A pesar de estos resultados, las madres que eligen parir en casa, logran sus metas de tener una experiencia de nacimiento no medicalizado satisfactoria.

El sumario de evidencia UptoDate tras revisar la evidencia hasta Enero del 2013¹⁶⁸, señala las siguientes conclusiones:

- Dificultades de comparación de datos:
 - Ausencia de datos de partos planificados.
 - Ausencia de datos de traslados hospitalarios.
 - Medidas diferentes de resultados (tasas de mortalidad neonatal o perinatal)
 - Criterios de inclusión dispares.

¹⁶⁵ A. DE JONGE.- J.A.N.M. MESMAN.- J. MANNIÉN.- J.J. ZWART.- J. VAN DILLEN.- J. ROOSMALEN., «Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands; Nationwide cohorte study» en *BMJ* 346 (2013) doi:10.1136.

¹⁶⁶ M.J. KEIRSE., «Healthy women with a normal singleton pregnancy at term are not likely to be harmed by planning a home birth» en *Evid Based Med* 19 2 (2014) 69.

¹⁶⁷ Y.W. CHENG.- J.M. SNOWDEN.- T.L. KING.- A. CAUGHEY., «Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States» en *Am J Obstet Gynecol* 209 (2013) 325.e1-8.

¹⁶⁸ E. DECLERQ.- N.E. STOTLAND., «Planned home birth. This topic last update: ene8;2013» en Uptodate, Basow, DS (ed). Uptodate, Walthman, MA 2013.

- Concluyen que los *partos domiciliarios planificados*, presentan cifras menores de cesáreas y de intervenciones médicas y cifras similares de morbi-mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, hay mayores cifras de mortalidad neonatal en los partos domiciliarios.
- Sus criterios de selección para un parto planificado domiciliario son: presentar un consentimiento basado en una información rigurosa, embarazo de feto único en presentación cefálica con ausencia de factores de riesgo obstétrico o médico preexistente. La asistencia debe llevarse a cabo por personal con preparación documentada. Tener a disposición un plan de transporte preparado; de forma ideal a menos de 15 minutos de un hospital con atención durante 24 horas 365 días al año. Debe existir una buena comunicación entre los profesionales que asisten los partos domiciliarios y el personal hospitalario para la seguridad de la mujer que ha sido trasladada.

¿Por qué no hay estudios randomizados aleatorizados?

Ha habido dos intentos de realizar ensayos clínicos aleatorizados, uno en Inglaterra y otro en Holanda.

El primero fue en Inglaterra¹⁶⁹; de 500 gestantes en el año 1994 que cumplían las características de bajo riesgo, reclutaron 11 para el estudio. Randomizaron 1:1; 6 en el hospital y 5 en casa. Una vez randomizada, una gestante de la rama del parto natural revocó el consentimiento; así que quedaron 4. Los autores concluyen que teóricamente, se puede llevar a cabo una randomización, aunque su muestra fue muy pequeña. No pudieron obtener datos significativos.

El segundo, publicado sobre datos de Holanda¹⁷⁰ en el 2009, después de 6 meses de reclutamiento, a pesar que en Holanda llega a un 30 % de partos en casa, solo una mujer accedió su consentimiento. Fracasaron en su intento, y objetivaron en su estudio que a las mujeres les gusta decidir por sí mismas el lugar de nacimiento.

¹⁶⁹ T. DOWSWELL.- J.G. THORTON.- J. HEWISON.- R.J.L. LILFORD., «Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom?» en *BMJ* 312 (1996) 753-757.

¹⁷⁰ M. HENDRIX.- M. VAN HORCK.- D. MORETA.- F. NIEMAN., «Why women do not accept randomization for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands» en *BJOG* 116 4 (2009) 537-544.

C) Publicaciones recientes

A día de hoy, el debate público sobre la morbilidad perinatal está en plena vigencia. Continúan publicando numerosos estudios, en base a estudios prospectivos o retrospectivos, pero todos ellos sin el grado de evidencia necesaria para poder tener una postura concluyente.

Lo que si hay *constancia clara* ya publicada es que las *gestaciones de alto riesgo obstétrico o médico deben ser atendidas en unidades hospitalarias bajo la supervisión de matrona y obstétricas, pues sus resultados maternos y perinatales son peores significativamente en los partos planificados domiciliarios que los partos hospitalarios.*

Los estudios publicados siguen sin poder ser comparados según los países, pues no tiene el mismo sistema sanitario obstétrico; por lo tanto los publicados en los Estados Unidos no son comparables con los de los Países Bajos, por ejemplo.

De la bibliografía publicada recientemente, destacamos los siguientes:

1.- Estudio publicado en *American Journal of Obstetrics and Gynecologist*¹⁷¹, que analiza la mortalidad neonatal total y la mortalidad neonatal temprana (0-6 días) en comparación con distintas opciones de nacimiento. Los resultados son:

Los nacimientos en casa realizados por matronas en casa tienen 7 veces más riesgo de mortalidad neonatal total y temprana que los realizados por matronas en el hospital. El mayor riesgo los tienen los partos domiciliarios atendidos por personas no acreditadas. *Sus análisis muestran claramente un aumento de mortalidad neonatal en los partos que ocurren en casa.* Evidencian que la mortalidad aumenta mucho más en las gestaciones por encima de la semana 41 de gestación y en las nulíparas.

Ellos mismos publican un estudio previo publicado en 2013¹⁷² sobre el Test de Apgar de 0 y las convulsiones en los diferentes partos. Objetivan que hay un riesgo significativamente mayor en los partos en casa de Apgar 0 a los 5 minutos de 3.56 y de crisis convulsivas de 3.80 frente a los partos hospitalarios. Afirman los autores que han

¹⁷¹ A. GRÜNEBAUM.- L.B. MCCULLOUGH.- K.J. SAPRA.- R.L. BRENT.- M.I. LEVENE.- B. ARABIN.- F.A. CHERVENAK., «Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009» en *Am J Obstet Gynecol* 210 4 (2014) 390 e1-e6.

¹⁷² A. GRÜNEBAUM.- L.B. MCCULLOUGH.- K.J. SAPRA.- R.L. BRENT.- M.I. LEVENE.- B. ARABIN.- F.A. CHERVENAK., «Apgar score of zero at five minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to Birth setting» en *Am J Obstet Gynecol* 209 (2013) 323.e1-6.

infraestimado sus resultados porque los datos del Certificado de nacimiento (CDC) cifran como hospitalarios los partos domiciliarios trasladados.

2.- A raíz de esta publicación de Grünebaum, Cheney, publica en Marzo del 2014 una publicación en la revista de Birth¹⁷³ que titula “*A crusade agaisnt Home Birth*”. Establece que la medida de Apgar no es una forma útil y real para valoración del recién nacido, no sólo porque hay evidencia que es pobre predictor de malos resultados perinatales sino porque hay una gran disparidad interobservador para la puntuación del test. Emiten una duda sobre las muertes intraútero, puesto que el estudio está basado en la recogida de datos de los Certificados de Nacimiento de Estados Unidos, los cuales no dejan registro de las muertes intraútero.

3.- Grünebaum y colaboradores vuelven a publicar otro artículo en Abril del 2014¹⁷⁴, cuyo propósito es determinar la puntuación de test de Apgar a los 5 minutos en los diferentes lugares de nacimiento desde 2007 al 2010. Estudian *13 millones de partos*, obteniendo los datos de los Certificados de Nacimiento (CDC). Sus datos avalan que hay mayor proporción de test de Apgar de 10 a los 5 minutos en los partos domiciliarios o en los centros de nacimiento frente a los hospitalarios asistidos por obstétricas o matronas certificadas.

En la discusión del artículo expone que, el posicionamiento de RCOG está basado en el estudio de Olsen¹⁷⁵, el cual referencia diversos estudios que utilizan el test de Apgar. Así pues, concluyen que todos los artículos y revisiones que concluyen que es más seguro el parto domiciliario, basados en el test de Apgar a los 5 minutos, deben ser tratados con escepticismo.

4.- La Alianza de Matronas del Norte de América¹⁷⁶ publica en Febrero del 2014, firmado por Cheney también, otro estudio de cohortes con datos de 16.924 partos planificados en casa, cuyas conclusiones van en la línea opuesta; los *partos planificados en casa en*

¹⁷³ M. CHENEY.- P. BURCHER.- S. VEDAM., «A crusade against home Birth» en *Birth* 1 (2014) 1-4.

¹⁷⁴ A. GRÜNEBAUM.- L.B. MCCULLOUGH.- R.L. BRENT.- M.I. LEVENE.- B. ARABIN.- F.A. CHERVENAK., «Justified skepticism about Apgar scoring in out-of-hospital births settings» en *J Perinat Med* 16 (2014) 1-6.

¹⁷⁵ OLSEN, Planned hospital birth versus planned home birth, 9.

¹⁷⁶ M. CHENEY.- M. BOVBERG.- C. EVERSON.- W. GORDON.- D. HANNIBAL.- S. VEDAM., «Outcomes of care for 16.924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statics Project, 2004 to 2009» en *J Midwife Womens Health* 59 (2014) 17-27.

mujeres de bajo riesgo realizados por matronas certificadas, presentan cifras mayores de nacimientos fisiológicos normales y cifras menores de intervenciones obstétricas sin un aumento de los eventos adversos. Estas conclusiones son menos claras para los embarazos de alto riesgo. Sus cifras de mortalidad intraparto, mortalidad neonatal temprana y neonatal tardía son: 1,30/1000 (0,75-1,84), 0,41/1000 (0,11-0,72) y 0,35/1000 (0,07-0,64) respectivamente.

Así pues, para madres sanas de bajo riesgo, un parto planificado en casa atendido por una matrona puede tener resultados positivos y beneficios para la madre y el recién nacido.

5.- Hay tanta discrepancia metodológica y poca evidencia, que se ha publicado por Hutton¹⁷⁷, un artículo de protocolo para realizar un metaanálisis y revisión sistemática comparando los resultados de las pacientes que tiene un parto domiciliario frente a gestantes de bajo riesgo que dan a luz en el hospital. Es un intento de aunar criterios metodológicos. Los datos están todavía por publicar.

6.- En Australia, resultados en Junio del 2014, estudio de cohorte poblacional retrospectivo cuyo objetivo es comparar los resultados perinatales y maternos de los partos hospitalarios comparados con partos en casa, desde el año 2000 al 2008, empleando un análisis similar al utilizado por el estudio prospectivo de Birthplace in England (ya comentado anteriormente)¹⁷⁸.

En sus resultados se objetivan diferencias significativas demográficas, siendo más mayores en edad las que paren en casa. También hay mayor proporción de múltiparas y con embarazos más prolongados (42 semanas o más).

De forma global, no hay diferencias significativas en los resultados primarios; pero al igual que el estudio inglés en la primíparas, la incidencia de resultados adversos es mayor en el parto en casa. Para la tasa de muertes neonatales no hay diferencias en los grupos, ni para nulíparas ni múltiparas.

¹⁷⁷ E.K. HUTTON.- A. REITSMA.- J. THORPE.- G. BRUTON.- K. KAUFMAN., «Protocol: systematic review and meta-analysis of birth outcomes in women who intend at the onset labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital» en *Syst Rev* 29 3 (2104) 55.

¹⁷⁸ C.S.E. HOMER.- C. THORNTON.- V.L. SCARF.- D.A. ELLWOOD.- J.J.N. OATS.- M.J. FOUREUR.- D. SIBBRITT.- H.L. MCLACHLAN.- D.A. FORSETER.- H.G. DAHLEN., «Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data» en *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (2014) 206.

En cuanto al traslado, un poco más del 29 % de las mujeres del centro de nacimiento y cerca de un 19 % desde casa son trasladadas al hospital, siendo más frecuente en las nulíparas que en las multíparas. En los grupos de nacimiento y de parto en casa hay menos número de intervenciones, empleo de analgesia y uso de medicación, de forma significativa, con respecto a los partos hospitalarios, salvo los desgarros perineales severos (II/III grado).

Como principal limitación al mismo es el tamaño de la muestra de los partos en casa y centros de nacimiento (5,6 y 0,3 % en comparación con el 94,1% de los partos hospitalarios). En cambio los autores concluyen que independiente del tamaño muestral, puede desarrollarse un estudio válido retrospectivo obteniendo los datos de una base de datos y que se necesitan más estudios para medir los resultados menos frecuentes asociados con el lugar de nacimiento en Australia, donde la tasa de parto en casa es muy bajo.

7.-En Septiembre del 2014, De Jonge¹⁷⁹, ahondando en las críticas a Wax, publica un estudio a través de una base de datos nacional, que aúna la base de datos de la asistencia obstétrica en cuidados primarios y secundarios y la base de datos pediátrica. Estudiaron desde el 2000 al 2010.

Sus resultados son que *no hay diferencias significativas en las cifras de muerte intraparto y en los primeros 28 días entre partos programados en casa versus partos hospitalarios en mujeres de bajo riesgo*. Consideran los autores, que si este trabajo lo tuviese en cuenta Wax en su metaanálisis no tendría los resultados de mayor mortalidad neonatal. En Noviembre, se publica un comentario en BJOG sobre este artículo firmado por Knight¹⁸⁰, donde expone dudas metodológicas en la recogida de datos y análisis estadístico del estudio.

8.- En Octubre del 2014, Grünebaum¹⁸¹ publica un artículo cuyo propósito es conocer si realmente los partos en casa cumplen los criterios de selección de gestantes de bajo riesgo y si son atendidas por matronas acreditadas, tal y como exige la ACOG y la AAP. Para ello

¹⁷⁹ A. DE JONGE.- A. GEERTS.- B.Y. VAN DER GOES.- B.W. MOL.- S.E. BUITENDIJK.- J.G. NIJHUIS., «Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after Birth among 743070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study base done three emerged nacional perinatal databases» en *BJOG* (2014) DOI:10.1111/1471-0528.13084.

¹⁸⁰ M. KNIGHT., «How should we interpret the new Dutch evidence on home birth?» en *BJOG* 5 (2014) 1.

¹⁸¹ A. GRÜNEBAUM.- L.B. MC CULLOUGH.- R.L. BRENT.- B. ARABIN.- F.A. CHERVENAK., «Perinatal risks of planned home births in the United States» en *Am J Obstet Gynecol* 15 (2014).

estudiaron 4 factores de riesgo en los partos registrados en el CDC desde el año 2010 al 2012: presentación de cara, cesáreas anteriores, gemelares y embarazos en vías de prolongación (41 semanas de gestación o más). Compararon los partos en casa con partos hospitalarios atendidos por matronas certificadas.

Los resultados obtenidos han sido:

- 0,64 % de los partos planificados domiciliarios eran gemelos.
- 0,74 % eran presentaciones de cara.
- 28,19 % de las gestaciones son de 41 semanas o de más tiempo.
- 4,4 % de los partos en casa eran en cesáreas anteriores.
- 2 de cada 3 partos planificados han sido atendidos por matronas no debidamente acreditadas.

Previo a este artículo, los autores también han publicado que en los partos naturales hay significativamente más prevalencia de 5 factores de riesgo que en los partos hospitalarios¹⁸².

	Parto en casa	Parto hospitalario	OR	95 % IC
Edad materna avanzada	21,7	14,3	1,66	1,6-1,7
Postérmino	27,8	13,6	2,4	2,4-2,5
Macrosomía	20,5	7,5	3,4	3,4-3,5
Parto precipitado	7,8	2,3	3,8	3,7-3,9
Parto prolongado	3,1	1,2	2,9	2,7-3,1

10.1.- Traslado hospitalario

Otro aspecto estudiado durante este último año es *el traslado al hospital* en los partos domiciliarios planificados.

En 2013, como estudio curioso, se publica un análisis sobre los resultados de los partos planificados en casa en una cohorte retrospectiva de 25 años¹⁸³ en la Comunidad

¹⁸² S. CHU.- F. CHERVENAK.- A. GRÜNEBAUM., «Are planned home births really low risk?» en *Obstet Gynecol* 123 1(2014) 44s.

Amish, donde el parto natural es la norma. Se incluyen los partos asistidos por matronas acreditadas. Sus resultados obtenidos acreditan un traslado hospitalario en un 5,6 %, siendo las causas: la rotura prematura de membranas y la ausencia de progresión de parto. Los autores reconocen muchos segos en la población estudiada, que incluye sólo un 13 % de nulíparas.

Birthplace, para analizar el traslado hospitalario, diseña una revisión sistemática en 2014, incluyendo 15 estudios con una población total de 215.257 mujeres¹⁸⁴. La transferencia total al hospital varía desde el 9,9 al 31,9 % según los estudios referidos.

1. En mujeres nulíparas, la proporción varía de un 23,4 % a un 45,4 % y en multíparas el rango está entre un 5,8 - 12,0 %.
2. Hay más traslados cuando el parto domiciliario está integrado dentro del sistema nacional de salud que en matronas independientes.
3. Según el momento del traslados, las cifras son:
 - a. Antes del nacimiento: 8,2-24,1 %. Su principal indicación es no progresión de parto.
 - b. Después del nacimiento: 1,7- 7,3 %.
 - c. Traslados en emergencia: 0-5,4 %.
4. Las causas de los traslados son:
 - i. 1,0 % al 3,6 % por distress fetal.
 - ii. 0-0,2 % hemorragia postparto.
 - iii. 0,3- a 1,4 % problemas respiratorios en el niño.
5. Sus conclusiones son que se necesitan más estudios que publiquen las indicaciones de los traslados, sus resultados y que estratifiquen según paridad. También se necesita las indicaciones de traslado según criterio de emergencia.

El autor De Jonge, publica tres artículos en referencia al traslado:

- En Septiembre 2013¹⁸⁵, publica un estudio descriptivo desde el 2000 al 2008 en Holanda con respecto a los traslados. Las cifras están expuestas en porcentaje:

¹⁸³ J.M. COX.- R. SCHLEGEL.- P. PAYNE.- D. TEAF.- L. ALBERS., «Outcomes of planned home births attended by certified nurse-midwives in southeastern Pennsylvania» en *J Midwifery Womens Health* 58 2 (2013) 145-149.

¹⁸⁴ E. BLIX.- M. KUMLE.- P. OIAN.- H.E. LINDGREN., «Transfer to hospital in planned home births: a systematic review» en *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (2014) 179.

	Primíparas		Multíparas	
	2000	2008	2000	2008
Traslados	47.4	57.4	16.8	23.3
Traslados no urgentes en la primera etapa	28,7	40,7	10,5	16,5

Comparado desde al año 2000 al 2008 ha habido un aumento de los traslados, tanto a multíparas como nulíparas. Refieren los autores, que posiblemente sea por la división estricta entre los cuidados primarios y secundarios que ocurre en Holanda.

- Enero del 2014¹⁸⁶, publica que *el factor más determinante en la experiencia de dar a luz es la sensación de control*. Realizan un estudio prospectivo para evaluar la sensación de control en las mujeres de bajo riesgo, que han planificado un parto en casa y que han sido trasladadas frente a aquellas que han planificado un parto hospitalario. Realiza el estudio 6 semanas después del parto. Concluye que el sentimiento de control fue similar para las pacientes que tuvieron un parto en casa y fueron trasladadas frente a aquellas que tuvieron un parto hospitalario (las diferencias no fueron estadísticamente significativas), aunque las que fueron trasladadas tuvieron una disminución de la sensación de control.
- Marzo del 2014¹⁸⁷, publica un estudio basado en una encuesta cualitativa sobre las mujeres de han sido trasladadas al hospital. Estudio basado en 27 mujeres. El traslado durante el parto afecta de forma importante a la experiencia de la madre

¹⁸⁵ P. OFFERHAUS.- C. HUKKELHOVEN.- A. DE JONGE.- K. VAN DER BRUIN.- P. SCHEEPERS.- A. LAGRO-JANSSEN., «Persisting rise in referrals during labor in primary midwife-lef care in The Netherlands» en *Birth* 40 (2013) 192-201.

¹⁸⁶ C. GREETS.- T. KLOMP.- A. LAGRO-JANSSEN.- J. TWISK.- J VAN DILLEN.- A. DE JONGE., «Birth setting, transfer and maternal sense of control: results from de Deliver study» en *BMJ Pregnancy and Childbirth. BMJ Open* 14 (2014) 27.

¹⁸⁷ A. DE JONGE.- R. STUIJT.- I. EIJKE.- M. WESTERMAN., «Continuity of care: what matters to women when they are refered from primary to secondary care during labour? A qualitive interview study in the Netherlands» en *BMJ Pregnancy and Childbirth* 4 (2014) 103

con respecto al nacimiento de su hijo, en muchas ocasiones de forma negativa. Además la posibilidad de traslado es en ocasiones el factor determinante para no llevar a cabo un parto domiciliario. El autor aboga por un concepto integral de la paciente por parte de su matrona, la cual debería continuar el proceso de cuidado del parto acompañando a la parturienta en su traslado, aportando seguridad. Considera que la opción del parto en casa u hospitalario debería ser un concepto único y fluido y no dicotómico.

En Noviembre del 2014, Vedam publica un artículo sobre el traslado al hospital en el parto domiciliario¹⁸⁸. En él, hace eco de la guía práctica sobre el traslado firmado por *Home birth summit*, un consejo multidisciplinario de presidentes y miembros de gobierno de las sociedades americanas de salud concernientes al parto.

- 1.- La matrona debe aportar información a la paciente de los procedimientos y cuidados hospitalarios que pueden ser necesarios si es trasladada al hospital. Al igual que debe dar información veraz a los profesionales hospitalarios de todo el proceso.
- 2.- La matrona debe continuar cuidando de la gestante durante el trayecto al centro hospitalario.
- 3.- Una vez que llegue al hospital, la matrona debe dar información detallada verbal sobre el estado de salud y de la causa del traslado. También debe aportar una copia de los registros prenatales y durante el parto.
- 4.- Debe promover una buena comunicación para que la mujer entienda el plan de cuidado hospitalario y sus opciones.
- 5.- Si la mujer lo desea, la matrona puede permanecer asistiendo y apoyando el parto.

Con respecto a la asistencia sanitaria hospitalaria:

- A.-El personal hospitalario debe ser sensible a las necesidades psicosociales de la mujer trasladada.
- B.-Deben ponerse en contacto directo con la matrona para obtener información adicional a la aportada por la mujer.

¹⁸⁸ S. VEDAM.- L. LEEMAN.- M CHENEY.- T.J. FISHER.-S. MYERS.- L.K. LOW.- C- RUHL., «Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration» en *J Midwifery Women's Health* 59 6 (2014) 624-634.

- C.- Debe ser directamente ingresada en la maternidad o en la unidad pediátrica.
- D.- Si es posible la madre y su recién nacido deben ser trasladados de forma conjunta y durante la admisión hospitalaria.
- E.-En la toma de decisiones deben hacer partícipe a la mujer. Y si ella lo desea la matrona debe acompañar durante el resto de la asistencia.

10.2 Según la edad

Un análisis secundario del estudio de cohortes prospectivo de Birthplace¹⁸⁹, es el que intenta estudiar la relación entre la edad materna y los resultados intrapartos en mujeres de bajo riesgo y si la edad materna, las intervenciones y los resultados difieren en los partos planificados en casa.

La proporción de partos en mujeres mayores de 35 años está creciendo, no sólo en Inglaterra, si no en todo el mundo. La proporción de nacimientos en esta nación de 35 a 39 años es de un 16 % y de 40 o más es de un 4 %.

La edad materna avanzada está relacionada con complicaciones en el embarazo, con resultados perinatales adversos, incluyendo muertes intraútero e intrapartos, mortalidad neonatal temprana e ingresos en unidades de neonatología. Además se relacionan con mayor número de intervenciones como inducciones o cesáreas.

Pero en las pacientes que pese a su edad no tienen factores de riesgo durante el embarazo se sabe poco y es el objeto de éste estudio. Tal y como se ha descrito previamente, en los partos planificados en casa presentan menos intervenciones que en unidades de obstetricia, y en este subgrupo de mayores de 40 años ocurre lo mismo; pero el beneficio de menor número de intervenciones es mayor en mujeres más jóvenes. Esto es debido por una *evidente disminución de la función uterina en mujeres de mayor edad*.

Este estudio tiene una limitación importante metodológica que los autores comparten, que es el número de pacientes en el subgrupo de 40 años es muy bajo y particularmente en pacientes que realizan un parto domiciliario planificado; lo que dificulta tener resultados perinatales y se deben realizar más estudios.

¹⁸⁹ Y. LI.- J. TOWNEND.- R. ROWE .- M. KNIGHT.- P. BROCKLEHURST.- J HOLLOWELL., «The effect of maternal age and planned place of Birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary análisis of the Birthplace nacional prospective cohorte study» en *BMC Open* 4 (2014) e004026.

Otro hallazgo de este estudio, es que estas *mujeres mayores tienen una actitud más positiva hacia la cesárea y una mayor percepción de riesgo, aunque la gestación no concommita con otros factores de riesgo.*

10.3.- Estudio de costes

Nos gustaría hacer una breve reseña del estudio de costes sobre el parto natural comparado con el parto en el hospital.

La bibliografía preponderante indica que *los partos en casa tienen menos coste que los partos hospitalarios.*

La primera aproximación es en Países Bajos, en 2009¹⁹⁰, que realizan una discusión del por qué *los partos planificados en casa (3695 euros) son similares en costes que los partos hospitalarios de corta estancia (3950 euros).* Refieren los autores, que el incremento de coste en los partos planificados son a expensas de dos hechos; uno, la hospitalización de los partos en casa en el puerperio y otro es el transporte de un traslado urgente desde el domicilio.

Por otro lado, Birthplace¹⁹¹ realiza un subanálisis sobre el coste-efectividad en los distintos tipos de modelos de lugar de parto. *De forma global, el parto natural supone un ahorro de costes comparado con el parto hospitalario en pacientes de bajo riesgo y pocas posibilidades de complicaciones durante el parto (1274 euros del parto en casa vs 1950 euros en una maternidad). Para las nulíparas también supone un ahorro de coste pero un aumento de malos resultados perinatales y para las múltiparas supone un gran ahorro sin efecto sobre los resultados perinatales.* De todas maneras no cifra la cuantía de los resultados perinatales. *Con respecto a los resultados maternos, en cualquier mujer, el parto en casa es la mejor opción coste-efectividad.*

Sillender¹⁹² comenta este trabajo del Birthplace, destacando un dato, que es, que se *realizan 14 cesáreas y 18 partos instrumentados para evitar una muerte o un daño severo*

¹⁹⁰ M.J. HENDRIX.- S.M. EVERS.- M.C. BASTEN.- J.G. NIJHUIS.- J.L. SEVERENS., «Cost analysis of the Dutch obstetric system: low risk nulliparous women preferring home or short stay hospital birth. A prospective non-randomised controlled study» en *BMC Health Serv Resv* 19 9 (2009) 211.

¹⁹¹ E. SCHROEDER.- S. PETROUS.- N. PATEL.- J. HOLLOWELL.- D. PUDDICOMBE.- M. REDSHAW.- P. BROKLEHURST.- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP., «Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study» en *BMJ* 18 344 (2012) e2292.

¹⁹² M. SILLENDER., «Should health purchasers be funding home birth for nulliparous women» en *BMJ* 7 344 (2012) e918.

en un niño. Realiza una discusión sobre que las autoridades deben realizar el manejo de los fondos públicos en la mejor opción coste-efectividad.

Si los resultados del parto natural en nulíparas son peores y los costes de estos fracasos son muy grandes, las instituciones sanitarias deberían reflexionar sobre estos partos en casa para las nulíparas. Consideran que estos recursos del parto natural se debería emplear en los centros de nacimiento.

Sosa¹⁹³ realiza una opinión del impacto económico, sobre lo que ocurre en países en vías de desarrollo, donde no se dispone de los medios económicos para sustentar un sistema necesario, incluido un transporte, para avalar la seguridad del proceso del parto natural.

A continuación, en la tabla adjunta exponemos los posicionamos de los autores más importantes sobre la seguridad del parto natural con respecto al parto hospitalario.

Menos seguro	Igual o Más seguro	
Evers	Olsen	Johnson
Wax	V. Kooy	Kirby
Birthplace	Cheney	Michal
Cheng	Homer	Sandall
Declerq	De Jonge	Zohar
Grünebaum	Keirse	Delamothe
Chervenak	Davey	Gyte
Kennare	Hayden	Horton
Hendrix	Lindgren	Blix
	Hutton	Vedam
	Blocklehurst	Janssen
	De Vries	Declerq
	Bogdam.Lovis	Wendland
	Miller	

¹⁹³ C.G. SOSA., «Planned hospital birth in economically developing countries: are we ready?» en *Int J Gyneacol Obstet* 119 2 (2012) 103-104.

10.4 Dificultades metodológicas en la comparación

Hemos objetivado, que es aceptado de forma general, que los autores no ven posible realizar estudios aleatorizados randomizados, por lo cual, han de ser estudios observacionales. Es muy difícil llevar a cabo la comparación de resultados entre un parto natural y un parto hospitalario con un nivel de evidencia adecuado.

Se plantean las siguientes controversias metodológicas¹⁹⁴:

1. La primera sería si se debe incluir los embarazos de alto riesgo en la comparativa. Hemos comprobado que sólo incluyen embarazos de bajo riesgo obstétrico, ya que se sobreentiende que los embarazos de alto riesgo deben ser institucionalizados. Ahora bien, en el caso que se incluyesen no deberían ser tratadas todas igual, si no estratificarlas según el riesgo.
2. Cómo computar un parto natural que ha precisado ser trasladado.
3. Si el parto en casa es planificado o bien es accidental. Algunos autores plantean que los resultados son peores si en un parto en casa no planificado.
4. Computar en los resultados de mortalidad aquellas muertes que son inevitables, independiente del lugar de nacimiento, como son las malformaciones mayores, los pesos muy bajos o las muertes intraútero preparto.
5. En países desarrollados, salvo excepciones, el parto hospitalario es la norma, por lo que una muerte en un parto en casa es extremadamente raro.
6. Hay varias modalidades alternativas a las dos planteadas, como por ejemplo los centros de nacimiento.
7. Hay una tendencia a preferir partos naturales en mujeres con un perfil muy definido: mujeres más mayores, con un nivel socioeconómico alto, blancas no hispanas, etc.
8. Debido a la poca frecuencia de partos naturales, se necesita aunar datos de poblaciones heterogéneas.

¹⁹⁴ A. NOVE.- A. BERRUGTON.- Z. MATTHEWS., «The metodological challenges of attempting to compare the safety of home and hospital birth in terms of the risk of perinatal death» en *Midwifery* 28 5 (2012) 619-626.

11.- CONCLUSIONES

La maternidad globalmente, en nuestra sociedad se conceptualiza como una experiencia autorrealizadora y satisfactoria en su totalidad, donde no hay cabida a resultados adversos. Tener un hijo, en estos momentos, constituye en nuestro medio, una *demanda social donde el nacimiento y parto sean experiencias seguras en términos de salud, pero además se espera que contribuyan al desarrollo personal de los futuros padres.*

El parto es un proceso fisiológico, que supone el fin del embarazo, por el cual se produce la expulsión o extracción de un feto y que durante el mismo, pueden transcurrir circunstancias imprevisibles con importancia en la vida fetal y materna.

En la mayoría de casos, empleando prácticas científicamente avaladas, se puede minimizar tales repercusiones.

Las cifras en nuestro país sitúan la mortalidad materna en 6/ 100.000 nacidos vivos y una mortalidad neonatal de 2.1/1000 nacidos vivos en el año 2010.

Hay distintos enfoques de cómo lograr el mismo objetivo, que es una madre y un hijo sano, priorizando unos aspectos sobre otros. Para el caso del parto natural, éste se basa en tres ejes fundamentales: uno es *el empoderamiento* de la mujer dentro de un contexto de autonomía para llevar a cabo un proceso fisiológico; por otro lado los *beneficios* para el recién nacido en cuanto a desarrollo *cognitivo y afectivo* con respecto al vínculo materno y también paterno y en último lugar, el *evitar el intervencionismo* innecesario que llevaría a un efecto cascada que proporciona una mayor morbi-mortalidad materno-fetal así como, de forma inseparable una alienación de las mujeres. Así pues los procedimientos del parto natural es la protección frente a estímulos que puedan perturbar dicho acto fisiológico. Proporcionar silencio, luz cálida, ausencia de estímulos lingüísticos, contagios emocionales adversos, etcétera.

Desde una parte de la sociedad, emergen grupos que reivindican un cambio de modelo asistencial, que den cabida a este nuevo enfoque donde la mujer sea protagonista de su parto.

La atención sanitaria del parto en España, es un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de la Medicina y de Enfermería especializados.

Por tanto, para intentar aunar dentro de una misma perspectiva, desde las instituciones públicas se han llevado a cabo planes estratégicos de asistencia al parto, que englobaría el parto no intervenido como asistencia al parto normal.

Siempre bajo la premisa que la probabilidad de eventos adversos en un parto es muy baja, dentro del manejo asistencial de la obstetricia, se han estratificado dos tipos de gestantes en función de la probabilidad de acontecer un evento deletéreo durante el parto. Así pues se han establecido gestantes de alto y bajo riesgo obstétrico.

En pacientes de *alto riesgo obstétrico está demostrado que el parto planificado domiciliario tiene mayores tasas de mortalidad materno- fetal*, por lo que se concluye que basado en la evidencia científica se recomienda, en éstas pacientes la asistencia al parto en unidades obstétricas hospitalarias.

En cambio, para las gestantes de bajo riesgo (con todas los requisitos que además se incluyen en los partos domiciliarios planificados), *no hay evidencia adecuada sobre los resultados maternos y perinatales sobre el parto planificado domiciliario frente al hospitalario o viceversa*.

La falta de evidencia es debido a la imposibilidad de realizar estudios prospectivos randomizados aleatorizados. La mayoría de los estudios publicados, *son retrospectivos* con importantes limitaciones metodológicas. Hay un intento de los investigadores sobre el tema de intentar aunar los criterios de recogida de datos de forma prospectiva. Un ejemplo de este esfuerzo es la cohorte británica prospectiva *Birthplace*, que ha tenido eco en Australia y Canadá.

De los estudios publicados, *se desprende que en gestaciones de bajo riesgo médico y/u obstétrico, los partos planificados domiciliarios presentan menor número de intervenciones obstétricas y de forma global, no hay diferencias significativas en la tasa de resultados perinatales adversos, aunque es ligeramente superior para las nulíparas. Por lo tanto no hay un consenso científico establecido para la mejor opción de lugar del parto para estas pacientes*.

CAPÍTULO III. BIOÉTICA

1.- INTRODUCCIÓN

Hasta ahora hemos abordado las definiciones y características de los diferentes tipos de partos, centrándonos en el parto natural y parto hospitalizado y realizando un análisis de la evidencia científica hasta hoy publicada. Abordamos ahora el planteamiento desde un posicionamiento ético.

Algunos han comparado un proceso como el parto con movimientos vitales involuntarios, como la respiración o el parpadeo, ¿pero es similar? El proceso de parir conlleva implícito a un nuevo ser, desprotegido e inofensivo. Proceso, que en algunas ocasiones presenta complicaciones, unas veces de forma previsible y otras no, que pueden poner en riesgo su bienestar de forma transitoria o bien de forma permanente.

Hay mucha evidencia y el propio sentido común, que parir en casa, proporciona una mayor comodidad y un ambiente más acogedor y placentero para la madre, pudiendo aportar más ventajas emocionales que dar a luz en un entorno hospitalario, el cuál se presenta a veces, hostil y distante para la embarazada. Además en el ambiente hospitalario se realizan muchas más intervenciones que en el parto natural. La pregunta inmediata es, ¿estas ventajas ostensibles sobrepasan a los riesgos?

Desde otro punto de vista sanitario, el parto natural presenta unas grandes restricciones para llevarlo a cabo, ¿por qué cuando ha pasado la semana 42 de embarazo deben acudir al hospital? Si los procedimientos son al menos iguales de seguros entre el parto natural y un parto institucionalizado, ¿por qué se recurre a él para embarazos de alto riesgo?, ¿por qué no es natural un parto de nalgas?

Está claro que las respuestas a estas preguntas son sencillas. Todo es por seguridad de la gestante y del recién nacido. Pero entonces, en este concepto restrictivo de las condiciones del parto natural, ¿no alberga un concepto de seguridad mayor en el parto medicalizado e institucionalizado? Estas condiciones las ponemos los profesionales sanitarios una vez más y no las gestantes, sin respetar de ninguna manera su decisión, es decir, deberíamos dar asistencia a cualquier parto, en cualquier situación, si ello incurrir en contradicción.

En cualquier caso dentro del principio de autonomía, la madre puede asumir estos y otros riesgos ¿por qué ceñirse a esas condiciones descritas anteriormente?, ahora bien, ¿hasta dónde es lícito para su recién nacido?, ¿puede elegir él?

Nos planteamos unos dilemas iniciales. Uno de ellos sería, una gestante de 39 semanas que durante sus controles antenatales se le informa que debe finalizar su gestación porque su hijo presenta un retraso de crecimiento intrauterino grave, con alteración de su flujo vascular, con lo que implica un grave riesgo para su vida. La paciente lo comprende pero no lo acepta, con lo que se marcha a casa sin dejar que se finalice el embarazo. Días más tarde acude la paciente al hospital con un óbito fetal. Probablemente el feto estaría vivo si hubiese terminado el embarazo en el momento que se indicó; pero no lo hizo. ¿Es ella responsable de la muerte del feto? Si los médicos que le hicieron la última revisión no se hubiesen dado cuenta de esta situación, ¿serían ellos los responsables?

Otro dilema planteado anterior a esta reflexión bioética sería la siguiente. Una paciente que realiza un parto natural en presentación podálica. Presenta dificultad para la extracción de la cabeza y a consecuencia de ello el recién nacido tiene discapacidades psicomotoras. El padre deseaba la asistencia sanitaria hospitalaria. Los planteamientos que debemos tener en cuenta en el caso serían, el grado de responsabilidad que tendría el personal sanitario que ayudó al parto natural en este caso; la responsabilidad de la madre con respecto a su hijo; el grado de capacidad de decisión del padre en el nacimiento de su hijo y por último las responsabilidades públicas.

Por todo ello, se hace necesario un estudio de la bioética del recién nacido, de la gestante y del futuro padre, en el contexto del parto natural y cuales son los posicionamientos de las instituciones internacionales con respecto a este proceso del parto.

2.- DEFINICIÓN DE BIOÉTICA

Al estudiar la Bioética es necesario comprender que significa las dos palabras que la componen: “*bio*” y “*ética*”. “*Bio*” es el prefijo que indica vida, en todas las manifestaciones existentes, vida animal, vida vegetal y vida humana. Y el vocablo “*ética*”, que procede del latín, (*ethicum*, del gr. *ethikós* deriv. de *éthos*, carácter), que en el diccionario enciclopédico¹⁹⁵ se define:

¹⁹⁵ Diccionario Enciclopédico Vox 1. Larousse Editorial S.L, Barcelona 2009.

Ciencia que estudia las acciones humanas en cuanto se relacionan con los fines que determinan su rectitud. En general toda ética pretende determinar una conducta ideal del hombre. Esta puede establecerse en virtud de una visión del mundo o de unos principios filosóficos o religiosos, que llevan a determinar un sistema de normas. Se divide en ética general, que estudia los principios de la moralidad, y la ética especial o deontología, que trata de los deberes que se imponen al hombre según los distintos aspectos o campos en que se desarrolla su vida.

2.1.- Ética y Moral

La pregunta que muchos profesionales se hacen es qué relación existe entre ética y moral. Si se quiere en pocas palabras explicar la diferencia entre ambas se simplifica afirmando que *moral* sería el código de conducta de una *sociedad determinada* y *ética* es la moral de una *sociedad universal*. La ética, es decir, el conocimiento organizado de la moral, no tiene una antigüedad mayor de veinticinco siglos. Para Aristóteles, fue Sócrates su fundador, puesto que fue el primero en señalar y definir las virtudes éticas y en cuestionar la forma del “deber vivir”.

A la pregunta si ¿moral o ética? es necesario contestar que las dos, ya que el hombre está dentro de una sociedad, y a la vez forma parte de esa aldea global a la que hoy tanto se alude. Esta pregunta tiene sentido porque al estudiar la Bioética en algunos tratados aparece la distinción de Micro-bioética y Macro-bioética, refiriéndose la primera al plano individual, al moral, y la Macro-bioética a la ética en general.

José Antonio Marina¹⁹⁶ se cuestiona si es necesaria una ética, a lo que sin ninguna duda responde con una afirmación categórica, porque sucede que muchas morales son incompatibles. Para entender esto pone el siguiente ejemplo:

Cuenta Herodoto que el rey Persa Darío I quiso dar una lección a los griegos que vivían en su imperio. Darío convocó a los griegos y les preguntó por qué precio consentirían en comer a sus padres cuando estos murieran. Los griegos (que tenían la costumbre de quemar a sus muertos) respondieron que nada en la tierra los induciría a hacer tal cosa. Luego, Darío, convocó a unos indios llamados calatias, entre los cuales era uso comer el cadáver de sus propios padres estando presentes los griegos a quienes un intérprete declaraba lo que se decía. Venidos los indios les preguntó por qué precio consentirían en enterrar los cadáveres de sus padres cuando murieran. Los calatias suplicaron a gritos que no dijera esas blasfemias.

¹⁹⁶ VI Congreso Interuniversitario de Teoría de la Educación (1997).

¿Qué significa este ejemplo?, ¿los diferentes códigos de conducta?, ¿estos códigos están basados en formas de pensar diferente?, ¿qué hace, en definitiva, que el comportamiento sea distinto de unas culturas a otras?

Pero no es necesario retroceder tanto en la historia; ¿qué está pasando en Francia con el tchador, el velo de las mujeres musulmanas o la aceptación de la poligamia en los países occidentales? Son hechos cotidianos que necesitan reflexión.

Las morales no pueden resolver estos problemas supraculturales, cada vez más frecuentes, debido a múltiples factores como es el cambio en las tecnologías de la información, la venida de los inmigrantes a los países occidentales, los viajes de placer cada vez más extendidos, al contacto de culturas diferentes, etc. En un mundo globalizado, la fragmentación moral puede ser un obstáculo para la convivencia. Marina sigue afirmando que hay que *“recuperar el sentido ilustrado de la ética, que no es un adorno superfluo, sino el centro de toda actividad”*.

Junto a los cambios culturales y sociales y el fenómeno de la interculturalidad, hay que añadir el contacto con culturas hasta hace poco desconocidas, la reflexión profunda sobre estos temas de muchos intelectuales, el desarrollo de las democracias en los países occidentales, los avances en los medios de comunicación, la facilidad de cambiar de lugar, de trabajo, de estatus cultural y económico y las propuestas múltiples ofrecidas desde todos los ámbitos.

Estas circunstancias hacen que el hombre del siglo XXI tenga una cultura totalmente diferente a la de los decenios anteriores. Una nueva cultura que impregna a la sociedad, y por supuesto, al fenómeno ético.

Al hablar de ética se habla de valores porque ellos están en la base de esta ciencia y en esta investigación, se utilizará el concepto de *valor*¹⁹⁷ como "creación humana duradera por la que el hombre actúa por preferencia, que sirve de pauta de acción o guía de conducta, común a la mayoría de un grupo e interiorizada por el individuo que le da sentido en orden a la perfección".

Entre los temas actuales relacionados con la vida, no hay contestaciones categóricas positivas o negativas, y ante los dilemas planteados por esta incertidumbre, surgió hace unas décadas la disciplina científica denominada Bioética.

¹⁹⁷ P. SÁNCHEZ ÁLVAREZ., *Los valores en el plano real y en el plano ideal de los jóvenes de la Comunidad Autónoma Murciana*. Tesis doctoral, Madrid 1995.

2.2.- Origen de la palabra Bioética

La primera vez que se utilizó este nombre fue en 1970, por el oncólogo Van Rensselaer Potter¹⁹⁸, marcado por una visión globalizadora de la vida que abarca la ecología y a todo lo que se refiere con el medio ambiente. Es una nueva moral acerca del futuro de la calidad de vida¹⁹⁹. En esta nueva disciplina se reflexiona sobre la biología y los valores humanos conjuntamente. Es una ciencia de supervivencia de la humanidad desafiando la expoliación y destrucción del equilibrio del medio ambiente del que depende toda vida existente.

Esta concepción global de supervivencia está presente en el momento actual en las sociedades occidentales, que ven como se van eliminando especies animales y vegetales, así como la preocupación por el agujero de ozono, el cambio climático, etc. En definitiva, cada vez se es más consciente de esa supervivencia defendida por Potter.

En esta línea Ana María Gutiérrez²⁰⁰ habla hoy de la responsabilidad en el cuidado del medio ambiente y como el respeto, oportunidad, responsabilidad e integridad serán considerados valores en las operaciones empresariales, proveyendo las bases para demostrar su responsabilidad a las partes interesadas, cumpliendo con la legislación vigente, y siendo responsable por el impacto de sus decisiones sobre la sociedad y el medio ambiente, así como siendo consecuente éticamente con el desarrollo sostenible y el bienestar de todos.

Hoy se especula que la Bioética era utilizada anteriormente a Potter, en su concepción del cuidado de los seres vivos. Natacha Lima²⁰¹ afirma que esta palabra tiene raíces europeas, porque fue acuñado en el año 1927 por Fritz Jahr, en un trabajo publicado en la revista *Kosmos*. En este trabajo se menciona un audiovisual aludiendo a la muerte de un cisne en la obra *Parsifal* de Warner por un arquero, muerte que llevó a Jahr a preocuparse por el trato con los animales, aportando una visión diferente a como eran tratados en ese momento.

¹⁹⁸ V.R. POTTER., «Biotehics: The science of survival» en *Perspect Biol and Med* 14 (1970) 120-123. Al año siguiente, con la publicación de Bioética: un puente para el futuro, se consolidó como disciplina científica.

¹⁹⁹ N. BLÁZQUEZ., *Bioética. La nueva ciencia de la vida*, Madrid 2000, 44.

²⁰⁰ A.M. GUTIERREZ HUBY., «Bioética y responsabilidad social corporativa, consideración para la formación integral universitaria» en *QUIPUKAMAYOC Revista de la Facultad de Ciencias Contables* 21 39 (2013) 19-27.

²⁰¹ N. LIMA., «Las raíces europeas de la bioética: Fritz Jahr y el Parsifal, de Wagner» en *Etica y Cine Journal* 1 1 (2013).

La primera enciclopedia de Bioética es de 1978, consolidándose totalmente como ciencia con André Hellegers²⁰², *obstetra*, quien lo introdujo en el ámbito académico, en las ciencias biomédicas y en los medios de comunicación, desmarcándose del enfoque de Potter que era globalizador, siendo desde este momento biomédico.

Al hablar de Bioética no se puede olvidar del nombre de H. Tristram Engelhardt²⁰³, autor que analiza la Bioética secular, desligada de referentes religiosos, llegando a la conclusión, que ante las distintas posturas éticas es necesario algún consentimiento de base acerca de ciertos principios. La única fuente de moralidad será el consenso, y se materializa en los principios de permiso, beneficencia y de propiedad. El más importante es el de permiso, e incluso aplicado a la autoridad del Estado.

Esta ética de los principios consensuados formula el principio de permiso como: “No hagas a otros lo que ellos mismos no se harían a sí mismos y haz por ellos lo que te has comprometido a hacer”.

Este principio junto a “Haz el bien a los demás”, *principio de beneficencia*, y “Las personas se poseen a sí mismas, lo que ellas hacen, y lo que otras personas les transfieren”, *principio de pertenencia*, forman la base para el consenso.

En 1978, con el *Informe Belmont* se enuncia estos tres principios como Beneficencia, Autonomía y Justicia, y en el año 1979, *Beauchamp y Childress*²⁰⁴ añade a éstos el principio de No maleficencia, que dará lugar a la corriente o paradigma en *Bioética del Principialismo*, de éxito mundial y aceptada por todos.

Uno de los temas más debatidos es, si la Bioética en este mundo pluralista debe reconocer las aportaciones que se han hecho desde el punto de vista religioso, tanto del cristianismo, como desde cualquier otra religión.

En el año 1996, se publicó en Italia²⁰⁵ un Manifiesto de Bioética Laica. Respecto a este Manifiesto, el profesor de la Universidad de Valencia, Vicente Bellver Capella²⁰⁶ escribe:

El manifiesto se estructura entorno a tres principios y a cuatro postulados prácticos. Los principios “laicos” o de la llamada laicidad están enunciados en los siguientes

²⁰² A.T. HELLEGERS., *Los fundamentos de la Bioética*, Barcelona 1996.

²⁰³ G. RUSSO., *Historia de la bioética*, Madrid 1995.

²⁰⁴ T. BEAUCHAMP.- J. CHILDREES., *Principio de ética biomédica*, Barcelona 1979.

²⁰⁵ Publicado en el diario económico italiano *Il Sole 24 Ore*, Este manifiesto fue firmado por Carlo Flamigni, Profesor de Ginecología de la Universidad de Bolonia, el periodista de *Il Sole Armando* Massarenti, el director de la Revista italiana *Bioetica*, Maurizio Mori, y el profesor de Filosofía de la Ciencia de la Universidad de Calabria y director de la revista *Biblioteca della libertà*, Angelo Petroni.

²⁰⁶ V. BELLVER CAPELLA., *Bioética laica, ¿en qué consiste esta propuesta? ¿Es realmente neutra?* en www.bioeticawebs.com, 2008.

términos: 1º el progreso del conocimiento es en sí un valor ético fundamental; 2º el hombre es parte de la naturaleza, y no alguien que se opone a ella; y 3º el progreso del conocimiento es la fuente principal del progreso de la humanidad, porque con ello se disminuye el sufrimiento humano. Con estos tres principios se establecen los siguientes postulados prácticos: 1º el principio de la autonomía moral, según el cual, todo hombre es igualmente digno, y ninguna autoridad sobre él puede decidir acerca de su salud y de su vida; 2º el respeto de las convicciones religiosas de cada individuo; 3º la garantía a todos los individuos de una calidad de vida tan alta como sea posible; y 4º la garantía de un acceso a la asistencia sanitaria del nivel más alto posible. Después de proclamar estos principios y postulados, ofrecen una reflexión sobre la importancia que la moral y el derecho no se confundan sino que se mantengan en planos distintos.

Victoria Camps²⁰⁷ afirma que la ética del siglo XXI tiene que ser una ética sin atributos: no una ética católica, evangélica, islámica, sino laica. Entiende por *ética laica*, la que *procura valer para todos, independientemente de las diferencias culturales o ideológicas que separan a las personas y a los pueblos, y lo hace intentando aportar las respuestas más razonables*. La fundamenta en el *diálogo*, porque todas las éticas existentes tienen que tener puntos de contacto, cuyo regla general es la del respeto y reconocimiento mutuo basado en la dignidad intrínseca de cualquier ser humano, y como punto de mira los derechos humanos.

Ante estas posturas, a veces encontradas, hoy la tendencia en Bioética es eliminar todos los fundamentalismos, tanto en un sentido de laicismo beligerante y en el otro, fundamentalismo religioso, y establecer ese diálogo para convivir en paz en una sociedad diversa. Juan Manuel Burgos²⁰⁸, analiza dos posturas secularistas diferentes, como son las de Sábada, *laicismo excluyente* que considera la irracionalidad del hecho religioso y la de Habermas-Rawls, *laicismo constructivo*, con una posición más abierta, considerando las visiones religiosas como una visión más del Estado liberal, que no debe imponer su visión laicista a todos los ciudadanos, ya que debe imperar el respeto, aunque se discrepe en puntos fundamentales, no intentando implantar ni por parte de la religión, ni por parte de la postura laicista, sus propios códigos morales.

2.3.- Definición de Bioética

La Bioética ha sido definida por diversos autores, y para una mayor comprensión del

²⁰⁷ V. CAMPS., *Una vida de calidad: Reflexiones sobre bioética*, Barcelona 2001, 193.

²⁰⁸ J.M. BURGOS., «Las convicciones religiosas en la argumentación bioética. Dos perspectivas secularistas diferentes: Sábada y Habermas-Rawls» en *Cuadernos de Bioética* XIX (2008) 29-41.

concepto, se expondrán algunas de ellas, identificando rasgos comunes que pueden aportar peculiaridades de esta ciencia.

La definiciones elegidas son:

- *V. R. Potter*²⁰⁹: Elegí "bios" para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivientes y elegí "ética" para representar el conocimiento de los sistemas de los valores humanos.
- *Encyclopedia Bioethics*²¹⁰: "Es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales".
- *Gustavo García*²¹¹: La bioética es una disciplina cuyo objetivo es el estudio de la vida como valor supremo trascendental para que, desde este, se tienda un puente hacia las diferentes disciplinas y actividades de la cultura en general, no solo para ofrecer una nueva perspectiva de humanización (cultura de la vida), sino también en la búsqueda de mejores alternativas para la supervivencia futura de la humanidad.
- *Declaración de Ixtapa*²¹²: La bioética busca las formas de asegurar la promoción y el cuidado de la salud que estén en armonía con la protección de la vida y los valores humanos, particularmente la dignidad humana.
- *Tristan Engelhardt*²¹³: La bioética - como filosofía en acción- para la atención de la salud ha emergido como piedra angular de las humanidades, en la educación de los médicos, quienes enfrentan demandas cambiantes en lo económico, político y social; en un ambiente de creciente tecnología y conocimiento científico.
- *Miguel H. Kottow*²¹⁴: Bioética es el conjunto de conceptos, argumentos y normas que valoran y legitiman éticamente los actos humanos que eventualmente tendrán efectos irreversibles sobre fenómenos vitales. La bioética es más vasta que la ética médica, porque también se refiere a situaciones, actos y consecuencias que ocurren fuera del quehacer médico.
- *C. Chaves*²¹⁵: La bioética comprende el respeto y protección a la vida, a los valores,

²⁰⁹ V. R. POTTER, 1975, 2297-2296.

²¹⁰ W. REICH, *Encyclopedics of Bioethics*, Nueva York 1995.

²¹¹ Tomadas de la página: <http://pt.scribd.com>. Consultado el 04-5-2012.

²¹² *Ibid.*

²¹³ H.T. ENGELHARDT., *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona 1995

²¹⁴ <http://pt.scribd.com/doc/46440062/2-Definiciones-de-Bioetica>. Consultado el 04-5-2012.

²¹⁵ *Ibid.*

dignidad y autonomía de los seres humanos, a la naturaleza, a su biodiversidad y al equilibrio ecológico, a la equidad y solidaridad en la atención a la salud del individuo y la comunidad, a la calidad de vida y la moral en la práctica médica e investigación médico-biológica, a la cultura y la sociedad.

- *Instituto de la Pontificia Universidad Javeriana de Bioética*²¹⁶: Bioética como "el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra".
- *W. Reich*²¹⁷: "es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, examinado a la luz de los valores y principios morales".
- *F. Abel*²¹⁸: estudio interdisciplinar de los problemas creados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel microsociedad como a nivel macrosociedad, y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro.
- *Carlo Caffara*²¹⁹: el objeto material de la bioética es el actuar humano en el reino de la vida y que el ámbito de la bioética será el conocimiento científico de la vida y el uso de este saber. Según este autor, la bioética, es una nueva ética especial que no debe elaborar nuevos principios éticos generales, sino aplicar los principios generales a los nuevos problemas que se ofrecen a la consideración humana en el reino de la vida.
- *Francois Malherbe*²²⁰: el estudio de las normas que deben regir nuestra acción en el terreno de la intervención técnica del hombre sobre su propia vida.
- *Pierre Deschamps*²²¹: la ciencia normativa del comportamiento humano aceptable en el dominio de la vida y la muerte.

²¹⁶ Revista Selecciones de Bioética N° 15 del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. <http://puj-portal.javeriana.edu.con/page/portal/Bioética> Consultado el 04-05-2012.

²¹⁷ REICH, *Encyclopedics of Bioethics*, 1995.

²¹⁸ F. ABEL., *Bioética: origen y desarrollo*, en *'La vida humana: origen y desarrollo* Universidad Pontificia Comillas, Santander 1989.

²¹⁹ C. CAFFARA., *Manual de Bioética General*, Madrid 1994, 23.

²²⁰ M. BOLADEROS., «Bioética: definiciones prácticas y supuestos antropológicos» en *TREMATA, Revista de filosofía* 33 (2004) 383-392.

²²¹ *Ibid.*

- *David Roy*²²²: el estudio interdisciplinario que exige una gestión responsable de la vida humana o de la persona humana en el marco de los rápidos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas.
- *Georges Kutukdjian*²²³: es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso médico.
- *Marcelino Vidal*²²⁴: es una rama o subdisciplina del saber ético, del que recibe el estatuto epistemológico básico y con el que mantiene una relación de dependencia justificadora y orientadora.

Una vez recogidas algunas de las definiciones dadas por distintos autores un método eficaz para comprender este concepto será identificar las cualidades comunes en ellas. Una vez representadas en indicadores recogidos de las propias definiciones, y tras el análisis de estos indicadores, establecer una propia definición.

El cuadro siguiente expresa esta idea:

	Ser vivo	Valores	Estudio Sistemático	Cond. Humana	Salud	Super-vivencia	Progreso	Inter-disciplinar	Normas
V.R. Potter	X	X							
Enc Bioethics	X	X	X	X	X				
G. García	X	X	X			X			
D. Ixtapa:	X	X			X				
Engelhardt					X		X		
Kottow		X	X				X		
Chaves	X	X			X		X		
IPU Javeriana	X	X					X		
Reich	X	X	X	X	X				

²²² *Ibíd.*

²²³ G. KUTUKDJIAN., «La biología en el espejo de la ética» en *Revista OEI* (1994).

²²⁴ M. VIDAL., *Bioética. Estudio de bioética racional*, Madrid 1989.

Abel		X		X	X	
Caffara	X		X	X		
Malherbe	X		X			X
Deschamps	X		X			X
D. Roy	X				X	X
Kutukdjian		X		X		
Vidal						

Cuadro de elaboración propia

Si se ordena de mayor a menor los indicadores se obtiene:

1° Ser vivo

2° Valores o relación ética

3° Progreso

4° Conducta humana

5° Salud

6° Ciencia o estudio sistemático

7° Norma

8° Interdisciplinar

9° Supervivencia

Una definición que recogería todos estos indicadores sería:

“Es un estudio sistemático, interdisciplinar, sobre el ser vivo en relación con los valores o la ética, teniendo en cuenta el progreso científico, cuya finalidad es promocionar la salud y la supervivencia, estableciendo normas que regulan la conducta humana en esta ciencia.” Se utiliza en relación con el hombre, en la relación médico-enfermo.

Es una nueva disciplina científica, eminentemente *práctica* porque afecta a la conducta tanto del médico como del paciente, así como *reflexiva* en tanto tiene en cuenta la ética en los dilemas que plantea el progreso, pero a la vez esa reflexión es también *jurídica* porque se establecen normas, convertidas luego en leyes como fundamento de derecho.

Luego la Bioética es una nueva disciplina que pertenece a las ciencias humanas,

que incluye toda la tradición ética desde tiempos remotos, pero que ante los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la vida, plantea nuevos dilemas morales sobre todo, de la vida humana, e incluso en el límite de la vida humana.

La UNESCO define Bioética como el estudio sistemático, pluralista e interdisciplinario para la resolución de los problemas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y las ciencias sociales cuando se aplican a los seres humanos, y a su relación con la biósfera, comprendidas las cuestiones relativas a la disponibilidad y accesibilidad de los adelantos científicos y tecnológicos y sus aplicaciones.

Si se analiza las diferentes definiciones, se percibe como, en algunas, la ética queda supeditada a la medicina y en otras se produce esa relación con supremacía total de la ética.

Siguiendo las indicaciones de Niceto Blázquez²²⁵ sus características principales son:

- A) Es una ética de la vida humana.
- B) Vida humana tratada con técnicas biomédicas avanzadas.
- C) En todas las etapas de la vida.
- D) Con respeto a la dignidad humana y promoviendo su calidad.

Es un fenómeno cultural de plena actualidad, que avanza de forma acelerada, con poca legislación por el progreso continuo en los conocimientos teóricos y prácticos de las ciencias de la vida, sobre todo de la vida del hombre.

En el año 2005 se aprobó en la UNESCO una nueva Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, donde se enumera los principios bioéticos que han sido aceptados universalmente y que se pueden resumir, según Ricardo Cruz-Coke²²⁶ en:

La dignidad humana y los derechos humanos exigen que los intereses y el bienestar de la persona humana prevalezcan sobre el interés exclusivo de la ciencia y de la sociedad.

La igualdad fundamental de los seres humanos exige que sean tratados con justicia y equidad.

En las decisiones prácticas que se adopten, la persona interesada debe ser protegida de efectos nocivos, de discriminación, de estigmatización y con respeto a la diversidad cultural.

²²⁵ N. BLAZQUEZ., *Bioética. La nueva ciencia de la vida*, Madrid 2000.

²²⁶ R. CRUZ-COKE., «Declaración universal de bioética y derechos humanos de UNESCO» en *Revista Médica de Chile* 133 (2005) 1120-1122.

En las investigaciones científicas deben respetarse la autonomía, la responsabilidad individual con el consentimiento previo, libre, informado y expreso de la persona interesada.

El respeto a la vida privada y a la confidencialidad está asociada en forma irrestricta a una persona identificable.

El progreso de la ciencia y de la tecnología deberá estar asociado a una responsabilidad social, al bien común de la humanidad, dentro de un contexto de solidaridad y cooperación internacional con poblaciones vulnerables. Los beneficios resultantes de las investigaciones deberán ser compartidos por todos los seres humanos.

Finalmente, se reafirma la responsabilidad de que los seres humanos deben proteger el medio ambiente, la biodiversidad y la biosfera.

2.4.- Justificación de la bioética

En el ejercicio de la Medicina, hasta hace pocas décadas, los problemas éticos eran solucionados con la buena fe de los profesionales sanitarios. La Medicina en los tiempos de Sócrates y de Hipócrates no estaba organizada ni reglamentada como profesión. Los conocimientos médicos se heredaban, se transmitían en el grupo familiar. La profesión tenía carácter de secta y establecía sus propias normas de conducta, reflejadas en un documento que pasó a la posteridad con el nombre de Juramento Hipocrático.

La ética médica desde Hipócrates tuvo vigencia hasta mediados del siglo pasado, por los desmanes que se produjeron en la segunda guerra mundial en el campo de la investigación médica. En 1948, la ONU promulga la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, actualización de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, que influyeron en la ética, porque al pueblo se le reconoce su capacidad decisoria y su derecho a la autonomía.

Algo similar ocurre en el campo de la Medicina, pero el desarrollo científico, tecnológico y social produjo rápidos cambios en las ciencias biológicas y en la asistencia sanitaria, que puso a prueba muchos de los conceptos prevalentes sobre las obligaciones morales de los profesionales sanitarios y de la sociedad ante las necesidades de los enfermos y heridos²²⁷.

Estos adelantos técnicos y científicos actuales hacen imprescindible la existencia de un código ético en que fundamentar las actuaciones médicas, e incluso han hecho surgir los llamados *Comités Hospitalarios de Bioética*²²⁸, que basados en los principios

²²⁷ J.M. VIAÑO.- A. ESCANILLA.- C. CASAL., «Bioética Principios éticos Parte I» en *Revista Española de Ortodoncia* 43, 1 (2013) 34-39.

²²⁸ J. SÁNCHEZ GARDUÑO.- M.C. DUBÓN PENICHE., «Comités hospitalarios de Bioética» en *Revista CONAMED*, 18 1 (2013) 37-40.

fundamentales de la ética, no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, brindan alternativas de solución a los dilemas que la ciencia médica y sus avances han presentando a la sociedad.

Se ha afirmado que las ciencias biosanitarias avanzan con más rapidez que las ciencias jurídicas y esto implica reflexionar sobre la ética aplicada a la Medicina, para ir sentando jurisprudencia. Y de esta aseveración nace la justificación de la Bioética, la necesidad de analizar las distintas opciones de conducta ante situaciones novedosas en este campo, que no están reguladas y, ni el individuo ni la sociedad tienen la solución.

Son dilemas morales y éticos en una sociedad plural, con códigos morales diferentes, pero que necesitan soluciones individuales y sociales. Este es el sentido de la nueva ciencia.

Hoy todas las ciencias se interrelacionan, y no es posible que una disciplina avance sin el aporte de las demás. Por este motivo, hablar de Bioética es tener en cuenta a la Filosofía, a la Medicina, a la Teología, al Derecho, a la Economía, a la Psicología y a diversas ciencias sociales como la Antropología, etc. No solo las Ciencias de la Salud estudian al hombre, todas las anteriormente mencionadas lo abordan, pero desde otro punto de vista, cada disciplina tiene un enfoque distinto, específico en sus campos, pero con el mismo sustento, el sustrato, que es el hombre mismo. Y el avance de una de ellas, involucra a todas las demás, porque esa interrelación existente afecta a sus propios campos de estudio.

Cuando se habla de dilemas bioéticos, lo que implica es la libertad individual versus responsabilidad, porque las personas deben responsabilizarse de sus propias acciones libres.

En el momento actual se evidencia una transformación en la sociedad y además, se ha cambiado la manera de pensar, de sentir y de actuar de las personas, porque el hombre del siglo XXI no se parece al hombre de mediados del siglo XX. En la actualidad se ha producido una serie de transformaciones en la filosofía, en las ideologías, en las ciencias y en las tecnologías y consecuentemente, se ha transformado la cultura.

El momento sociocultural ofrece hoy en la civilización occidental unos síntomas que apuntan hacia la baja cotización de la utopía política o ideológica, a la pérdida de credibilidad en la razón, al fallecimiento moral y la apertura de un gran vacío del sentido de la vida y de la historia, que se trata de llenar con toques estéticos y búsqueda de mini

goces. Teorizadores y comentaristas de esta situación la han denominado "posmodernidad".

La sociedad contemporánea ha venido cambiando profundamente los valores personales en múltiples e individuales. En el momento actual no existe un criterio universal de ética o de justicia. En esta sociedad posmoderna, donde se da una pluralidad de valores, diferentes jerarquías, códigos éticos distintos, hay una apuesta de la bioética por reivindicar la libertad de elección del sujeto y respetar su voluntad.

La profesora Casas Martínez²²⁹ lo expresa con estas palabras:

Los Códigos Deontológicos tradicionales no pueden continuar centrados solamente en el actuar de una de las partes de esta relación, con la democratización de la relación médico-paciente y la socialización de la medicina, así como los cambios tecnológicos, se ha suscitado un cambio axiológico en las ciencias de la salud, imposible de soslayar. Para Engelhardt, el constructo social de la medicina, en una sociedad plural y tolerante, no tiene per se un fundamento, sino que se realiza sobre la base de la decisión libre de los integrantes, apoyada no solo por la filosofía liberal, sino por la fuerza legal. Es evidente que la Medicina, para ser humanista, requiere de un marco ético-filosófico que la sustente. Precisamente por tratarse de una toma de decisiones humanísticas no es posible hacerlo sin la consideración de valores, principios, alineamientos éticos propios del arte de la medicina y todo aquello que contribuya a la dimensión moral de las propuestas, temas que toca especialmente la bioética.

Ante la diferencia de códigos morales se ha buscado unas soluciones intermedias, como puede ser el establecimiento de una normativa jurídica que configure el ámbito lícito de la bioactividad.

Pero esta normativa no está desarrollada y la Medicina avanza de forma acelerada. ¿Dónde está el fundamento ético en el que se debe fundamentar los profesionales ante los dilemas surgidos en su práctica diaria? Es un estado laico, no puede imponerse una ética religiosa, ni cristiana, ni budista, ni islámica. Tendrá que ser una ética ajena a los grandes relatos unificadores de tipo religioso o ideológico.

Ya se ha establecido que Engelhardt habla de una ética laica y de consenso y de la separación de toda la ética clásica.

Por tanto, la bioética en el momento actual, es una *ética civil que se sustenta en la racionalidad humana secularizada, capaz de ser compartida por todos, en un terreno*

²²⁹ M.L. CASAS MARTÍNEZ., *Enseñanza de la bioética en la carrera de medicina en Formación Docente: un análisis desde la práctica*. Cood: J. Carrillo, V. Ontiveros, y P. Ceceñas, México 2013, 148-178.

filosófico neutro. Como dice Marcelino Vidal²³⁰: “más allá de un ordenamiento jurídico y deontológico, y más acá de las convicciones religiosas.”

Es una ética, laica, racional que formula la dimensión moral de la vida humana en cuanto esta tiene de repercusión para la convivencia ciudadana. Sus características, por tanto, son:

- A) Secularización, alejada de toda referencia religiosa u obediencia confesional.
- B) Interdisciplinar, colaboración e interacción de diversas ciencias en la salud y en el bienestar social.
- C) Enfoque prospectivo, para responder a los nuevos progresos de la biotecnología.
- D) Enfoque social de la persona del enfermo y de la enfermedad, considerando a la persona en su globalidad y priorizando en ocasiones la dimensión social, ya que la salud es un bien público.
- E) Es sistemática y científica, ya que se propone un análisis lógico y la búsqueda coherente de las soluciones de los dilemas morales a partir de unos principios fundamentales científicos.

En resumen, la actual bioética pretende ser universal, alejada de los puros convencionalismos o preferencias personales, consciente de las limitaciones de la razón humana y atenta a los contextos culturales concretos.

3.- CLASIFICACIÓN DE BIOÉTICA

Existen diversos tipos de bioética²³¹, como son: la bioética general, bioética específica o la bioética clínica, según el campo de trabajo.

1. *Bioética general*, que se ocupa de los fundamentos y los valores originarios que sustentan la ética de la vida y sus fuentes documentales, así como de la utilización de microorganismos y los animales y plantas.

²³⁰ M. VIDAL., *Bioética. Estudios de bioética racional*, Madrid 1989.

²³¹ D. GRACIA., *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, Colombia 1998. E. Sgreccia, *Manuale di Bioética*, Milán 1994.

2. *Bioética especial*, que se ocupa de los grandes temas en el terreno médico y biológico.
3. *Bioética clínica*, que examina las conductas de la práctica médica concreta y en los casos clínicos, los medios correctos para desarrollar una conducta acorde.

Daniel Callahan²³² distingue cuatro áreas dentro de la bioética:

- A) La *teórica o conceptual*, llamada *Meta-bioética* que trata los fundamentos conceptuales de la bioética en el marco de las teorías morales y la justificación de sus nociones básicas (persona, dignidad, autonomía, etc.). Reflexiona los fundamentos racionales de las acciones morales en el campo de la Medicina y de las ciencias de la vida.
- B) La *Bioética clínica*, centrada en las decisiones éticas de la práctica diaria profesional, vinculada a la deontología médica clásica y que se focaliza en los casos individuales de los pacientes que plantean la resolución de un problema ético. Dentro de la bioética clínica²³³ se producen dilemas morales que necesitan una elección inmediata.
- C) La Bioética orientada a decisiones de Salud Pública y el debate con la justicia conocida como *Bioética normativa*, o también como «*Bioderecho*». Centra su interés en la racionalidad de las decisiones colectivas en las áreas donde confluyen la salud pública, los derechos humanos y la regulación de los avances científicos.
- D) *Bioéticas culturales* orientadas a los dilemas de la bioética en relación con el contexto histórico, ideológico, cultural y social en el que se han expresado. Trata de evitar la imposición de determinadas visiones de la Bioética en sociedades que tienen valores distintos. En este sentido, son evidentes las diferencias culturales entre el mundo anglosajón y los países mediterráneos, o de las culturas orientales.

²³² D. CALLAHAN., «Is justice enough? Ends and means in bioethics» en *Hastings Center Report* 26 (1996).

²³³ M. FABRI DOS ANJOS., «Conflictos de convicções em bioética clínica» en *30 horizonte* 263 (2003).

4.- MÉTODO CIENTÍFICO EN LA BIOÉTICA

Utiliza un método interdisciplinar, integrador, con una visión unitaria de su estudio. Siguiendo a la doctora Elena Postigo²³⁴ el método aplicado en esta ciencia es triangular. Dicho método tiene estas fases:

- Se estudia el problema desde el punto de vista científico y médico.
- Reflexión sobre las implicaciones antropológicas y éticas sobre ese hombre en particular y para las generaciones futuras.
- Se intenta buscar una solución práctica, tanto médica como jurídica.

Los profesores Carolina Manrique y Octaviano Domínguez²³⁵ afirman que las normas deben ajustarse a las pautas de investigación y/o epidemiológicas de las ciencias de la salud. Son numerosos los investigadores que buscan un método eficaz para este estudio resaltando la dificultad por ser, junto a los escasos años de existencia, una ciencia que debe tener en cuenta diversos factores culturales.

Es difícil ofrecer un método unívoco porque al ser interdisciplinar y por tanto compleja, tiene en cuenta el plano científico, el antropológico, el ético y el jurídico y esto ofrece múltiples factores para determinar un solo método.

Además, es una ciencia teórica pero inminentemente práctica por lo que se complica aún más su discernimiento.

Favio Vega Galdós²³⁶, médico psiquiatra propone dos modelos:

1. Método deliberativo de Jonsen
2. Método deliberativo de Diego Gracia

El método deliberativo propuesto de Jonsen para resolver los dilemas en casos prácticos es:

- A) Recopilar la información para determinar según la *lex artis* si es necesario hacer la intervención propuesta.

²³⁴ E. POSTIGO SOLANA., *Concepto de bioética y corrientes actuales en Bioética personalista: ciencia y controversias* edit G. M. Tomás y Garrido y Elena Postigo, Madrid 2007,17-39.

²³⁵ C. MANRIQUE NAVA.- O. DOMÍNGUEZ MÁRQUEZ., «Método o métodos para investigar en bioética. Una reflexión» en *Acta Bioethica* 13 1 (2007).

²³⁶ [http:// docenciaenpsiquiatria](http://docenciaenpsiquiatria) 2009. Consultado 05-4- 2012.

- B) Opinión de afectado en defensa de la autonomía.
- C) Calidad de vida resultante de la intervención, analizada objetivamente.
- D) Sopesar los factores externos y contextuales influyentes.

El segundo método tiene los siguientes pasos:

- A) Delimitación del problema o situación clínica sanitaria con toda la información sobre alternativas, evolución y pronóstico.
- B) Delimitación precisa del dilema ético de forma clara y concisa.
- C) Confrontación de principios bioéticos fundamentales: No maleficencia, Justicia, Beneficencia y Autonomía.
- D) Confrontación teleológica, refiriéndose a delimitar las consecuencias en todo nivel de tomar las dos posiciones planteadas en el dilema, confrontándolas con los principios.
- E) Propuesta de soluciones alternativas.
- F) Elección de la solución más prudente.
- G) Comprobación de resultados, para que sirva de retroalimentación del modelo y del análisis ético para posteriores dilemas.

Fermín Rolan²³⁷ escribe que las principales herramientas de la Bioética son la racionalidad y la razonabilidad, esto es, la inteligencia teórica, capaz de iluminar la argumentación que sustenta una acción y la inteligencia práctica, capaz de tomar una decisión posible y aceptable de la acción.

En definitiva, al ser una disciplina interdisciplinar podrá usar los distintos métodos cualitativos y cuantitativos de las ciencias interrelacionadas.

²³⁷ F. ROLAND., «Acerca de los métodos de la bioética para el análisis y la solución de los dilemas morales» en *Jornadas nacionales de Bioética y Derecho*, Buenos Aires 2000.

5.- PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

*En Principles of Biomedical Ethics*²³⁸, Tom L. Beauchamp y James F. Childress, defienden los siguientes principios, que anteriormente se han mencionado con una aceptación universal. Estos cuatro principios son:

1. Autonomía
2. Beneficencia
3. No maleficencia
4. Justicia

Ángel Puyol²³⁹ afirma que desde la aparición del Informe Belmont en 1978, muy pocos discuten que, la Bioética se articula alrededor de estos cuatro principios básicos, porque el empleo de estos principios ha sido consensuado por todos.

5.1.- Principio de autonomía

Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que puedan tomar. Esto también implica que las personas cuya autonomía no es plena tienen derecho a la protección.

Existe la obligación de respetar los valores y las opciones personales de cada individuo, cuando le atañe vitalmente, e incluso engloba el derecho a equivocarse.

El principio de autonomía es un reconocimiento explícito de la igual dignidad de las personas. Pone su acento en el *respeto a la voluntad del paciente* frente a la del médico, ya que en las actuaciones sanitarias, el profesional expone su cualificación, mientras que el paciente arriesga su persona.

Las relaciones médico-paciente son asimétricas, porque el médico pone su competencia profesional, una parte de él mismo, mientras que el paciente pone toda su persona en situación de enfermedad; por lo que la práctica diaria debe ser una medicina centrada en el paciente.

²³⁸ T.L. BEAUCHAMP.- J. F. CHILDRESS., *Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition*, Oxford University Press, Nueva York/Oxford 1994 (trad. cast. *Principios de ética biomédica*, Barcelona 1999).

²³⁹ A. PUYOL., «Hay bioética más allá de la autonomía» en *Revista de Bioética y Derecho* 25 (2012) .

Pero este principio tiene un límite, porque aunque hay que respetar esa autonomía, si entra en pugna con la obligación de no dañar al paciente, en el profesional será necesario una deliberación, un acto entendido en cuanto proceso y resultado en el cual se evalúan los pros y los contras relevantes con objeto de adoptar una decisión determinada. Tampoco puede estar sujeto a coacción²⁴⁰.

De este principio emerge el *consentimiento libre e informado* de la Medicina actual, que en ocasiones es sobreentendido, pero que, para procedimientos invasivos o arriesgados es necesario un documento por escrito y firmado por el paciente. Tiene su origen en 1947, en Nuremberg, al juzgar a los médicos que realizaron experimentos sobre prisioneros en la segunda guerra mundial.

Por tanto, este principio tiene carácter imperativo y debe respetarse como norma; es *un derecho del paciente y un deber del médico*.

En España se estableció en el Boletín del Estado del día 15 de noviembre de 2002, 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*. Esta Ley se basa en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, en la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, de 1994, de la Organización Mundial de la Salud, y el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina de 1997, entre otros. Este último tiene vital importancia porque establece el marco común para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad Humana en la aplicación de la Biología y la Medicina, donde se reconoce los derechos de los pacientes y usuarios en el marco europeo.

En el artículo 2 de dicha Ley se especifica como principios básicos:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientaran toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

²⁴⁰ www.finisterra.com. Consultado el 05-4-2012.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

Para Beauchamp y Childress, el individuo autónomo es el que «*actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido*»²⁴¹. Se relaciona este principio con la libertad.

Según afirman estos autores, todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales:

- a) la *libertad*, entendida como la independencia de influencias.
- b) la *agencia*, es decir, la capacidad para la acción intencional.

5.2.- Principio de beneficencia

Se trata de la *obligación de hacer el bien*. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista de relación médico-paciente). Por tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos. *No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien*. Este principio es de ámbito privado, y su no cumplimiento no está penado por la ley.

Este principio se contemplaba en la Medicina griega, donde se pretendía poner todo el interés en el bienestar del ser humano, procurando que esa actividad médica suponga un beneficio real y directo en la salud de las personas²⁴². Incluye siempre la acción.

Cuando Beauchamp y Childress²⁴³ hablan del *principio de beneficencia*, se refieren sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la Medicina. Estos autores afirman que este principio es una “exigencia”.

Pio Ivan Gómez Sánchez²⁴⁴ afirma que en el clásico modelo anterior, paternalista, el médico podía imponer su manera de entender “hacer el bien” pero en el momento actual no es posible, porque hay que respetar la autonomía del paciente y tener también en cuenta

²⁴¹ BEAUCHAMP, *Principles of Biomedical Ethics*, 121.

²⁴² BLÁZQUEZ, *Bioética. La nueva ciencia de la vida*, 64.

²⁴³ BEAUCHAMP, *Principles of Biomedical Ethics*, 260

²⁴⁴ P.I. GÓMEZ SÁNCHEZ., «Principios básicos de bioética» en *Revista Per Ginecol Obstet* 55 (2009) 230-233.

que no se puede hacer un bien a costa de un daño.

En Bioética este principio se encuentra en los llamados de *obligación imperfecto* porque aunque es un principio universal no es absoluto, porque está sujeto a excepciones.

Paola Binetti²⁴⁵ afirma la necesidad de integrar el principio de autonomía con el de beneficencia, ya que si esto no fuera así, se llegaría a situar al médico en una posición subordinada al paciente. Solamente un *protagonismo compartido verdaderamente por ambos en el proceso de decisión*, acompañado por una *asunción de responsabilidad plena compartida*, podría hoy responder de manera más completa a la centralidad de la persona en la relación clínica. De esta manera la calidad de la relación, desde el punto de vista ético, sería el eje en torno al cual giraría el paradigma de la curación, superando concretamente al consentimiento informado.

5.3.- Principio de no maleficencia

Principio que enseña a no producir daño e incluso prevenirlo, conocido desde los tiempos de Hipócrates. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es muy importante en el momento actual porque debido a los grandes avances de la Medicina y la Biotecnología, se pueden producir daños en la vida humana, si no se evalúa bien el binomio beneficio-daño.

Gracia coloca en el primer nivel este principio ya que obliga con independencia de las personas, porque no se puede hacer daño aunque la persona lo pida. Es un principio fundamental.

5.4.- Principio de justicia

Consiste en el *reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios*. Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social.

²⁴⁵ P. BINETTI, «Más Allá del Consentimiento Informado: La Relación Consensual» en *Cuadernos de Bioética* XXII 76 (2011).

El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es imparcial, ecuánime. Es un principio de carácter público y legislado.

Si se da un conflicto de principios éticos, los de no-maleficencia y justicia (de nivel público y obligatorio), están por encima de los de beneficencia y autonomía (considerados de nivel privado). La no maleficencia y el de justicia pertenecen a *la ética de mínimos*, mientras que el de autonomía y el de beneficencia pertenecen a *la ética de máximos*.

Este principio de justicia impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

La profesora Postigo afirma que nuestra cultura ha sido más sensible al principio de autonomía, a costa del principio de justicia, pero es posible que la misma crisis ecológica nos obligue a cambiar este énfasis.

Hans Jonas²⁴⁶ afirma:

La justicia e igualdad de los derechos de los seres humanos actuales y la preservación de condiciones viables y sostenibles para las generaciones futuras pueden hacer aconsejable, e incluso obligatoria, una cierta limitación del principio de autonomía, sobre todo en una sociedad de mercado que espolea el deseo desmedido de nuevos servicios y bienes, y en la que el individuo atomizado reclama ilimitadamente "derechos" de modo narcisista.

Los países industrializados, con menos población que los países pobres, contaminan más y derrochan más recursos. Las sociedades opulentas deberían bajar del pedestal la autonomía desmedida que va en detrimento del desarrollo justo y viable para todos.

5.5.- Reflexiones sobre estos principios

Clouser y Bert²⁴⁷ establecieron los límites de estos principios. La pregunta que se hicieron sobre la decisión de elegir estos principios y no otros, hace que este paradigma principalista sea de carácter relativo y no tenga una fundamentación sólida.

Hay autores que cambian el orden de estos principios, dando prioridad a unos sobre

²⁴⁶ C.F.H. JONAS, *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona 1995; JONAS, HANS *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*, Madrid 1997; P. ARCAS DÍAZ., Hans Jonas y el principio de responsabilidad: del optimismo científico-técnico a la prudencia responsable, Granada 2007.

²⁴⁷ D. CLOUSER.- B. BERT., «A critique of Principlism» en *J Med Phil* (1990).

otros, según su propia ideología y su código moral. Así Elena Postigo afirma que el principio de beneficencia- no maleficencia sería el primero y fundamental, en segundo lugar, la autonomía, acompañada por la responsabilidad, en tercer lugar la justicia. A estos principios deben añadirse otros, como la veracidad, la honestidad, la prudencia, etc. Son virtudes o hábitos buenos que deberían acompañar la elección de un principio u otro. Si estos principios se aplican sin tener en cuenta la dignidad humana se cae en una bioética relativa.

Estos principios traducen al lenguaje de la bioética los Derechos Humanos, derechos basados en la dignidad de la persona, imprescindibles para afrontar los nuevos desafíos en la Bioética.

6.- CORRIENTES EN BIOÉTICA

Desde su aparición como ciencia, la Bioética ha evolucionado en diferentes corrientes, ya que depende del concepto antropológico en el que se base y, a la vez, en la corriente filosófica que la sustente.

Las preguntas claves son: ¿cómo se concibe al hombre?, ¿todo lo técnicamente posible en el campo de las ciencias de la vida es ético?

Por tanto, habrá diferentes clasificaciones según la corriente filosófica, ideológica, axiológica del autor que la realice.

Se expondrán algunas de ellas y se explicarán las más conocidas, así como algunas más exhaustivas y otras más sintéticas, que varían sólo en pequeños detalles.

Elena Postigo²⁴⁸ las clasifica en cuatro orientaciones divergentes:

1º *Modelo utilitarista* que lo define con los rasgos siguientes: subjetivo, relativista, pragmático, consumista y hedonista. Esta ética está muy difundida en países anglosajones, rechazando la metafísica y con gran desconfianza de obtener una verdad universal. Por tanto, el principio fundamental en el que se sustenta esta teoría, es el cálculo de las consecuencias, *el coste-beneficio*. Aparece el concepto de calidad de vida.

Según la OMS²⁴⁹, la calidad de vida es:

²⁴⁸ www. bioética en la red. Consultado 05-04-2012.

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Se corre el peligro de reducir a la persona sólo al mero hecho de cómo se siente y puede dar algunas decisiones que afecten sobre todo a los más débiles.

2º *Modelo conciliador o Bioética de los Principios*, ya comentados anteriormente, y vigente y aceptado en este momento en la mayoría de las naciones.

3º *Modelo Personalista* con un fundamento metafísico.

4º *Modelo de las Virtudes*, centrado en la virtud del agente y el paciente debe confiar en la virtud del sanitario. *Modelo paternalista*, hoy superado en la mayoría de los países occidentales.

Esta misma profesora, es decir, Elena Postigo²⁵⁰, en el año 2007, amplía esta clasificación:

1º *Principlismo*, iniciado en 1979 por Beauchamp y Childress, basado en los principios que debían regir la toma de decisiones en Bioética. Anteriormente ella misma les llamó Método Conciliador, o Bioética de los Principios, pues eran éstos, el de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia, y de justicia los que constituyen el núcleo de esta corriente. Esta corriente fue prioritaria hasta la década de los noventa que empezó a recibir críticas, pero que sigue vigente por lo que supone el consenso alcanzado por los organismo internacionales.

2º *Principlismo moderado de Diego Gracia*, quien dentro de este modelo, jerarquiza los cuatro principios en, rango superior, que serían la no maleficencia y la justicia, quedando los otros dos en situación inferior.

²⁴⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Reproducido de *WHOQOL user manual* (Manual de instrucciones de la OMS sobre la calidad de vida). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 61-71

²⁵⁰ G. M. TOMÁS Y GARRIDO.- E. POSTIGO., *Bioética personalista, ciencia y controversia*, Madrid 2007.

3° *Utilitarismo y funcionalismo o modelo utilitarista*, basado en Stuart Mill y Bentham. Emilio Escobar-Picasso y Ana Laura Escobar-Cosme,²⁵¹ afirman que su principio básico es “el mayor bien para el mayor número de personas”. Sobre los valores del individuo están los valores de la sociedad. Bajo este enfoque, las decisiones éticas tienen que ver con “la utilidad” que reportan para la persona, la institución o para la sociedad. Para su aplicación, se requiere previamente de un cuidadoso cálculo del coste-beneficio de las decisiones y los resultados que se obtendrían de su probable aplicación.

4° El *contractualismo*, también empirista como la anterior, pero que se basa sólo en el consenso y la imposibilidad de establecer principios de carácter universal. Su máximo representante es Engelhardt.

5° *Ética de mínimos*, similar al contractualismo, pero que aunque no se puede establecer unos principios universales, se debe acordar una ética de mínimos que todos pueden aceptar. Esta postura es la de Adela Cortina, Victoria Camps, y Javier Sábala. Esta ética de mínimos, el paciente, como interlocutor válido, tiene derecho a ser escuchado en la toma de decisiones que le afectan. Es necesario reconocer que el paciente es un ser autónomo, cuya autonomía ha de ser respetada a través de la comunicación y el diálogo.

6° *Ética del cuidado*, centrando su atención en el cuidado, potenciando la relación, empatía, y la alteridad. Esta basado en Ricoeur, y desarrollado por la psicóloga feminista Gilligan. Estaría integrada en la corriente de la Bioética de la Virtud.

7° *Ética narrativa*, cuyo fundamento está en el dialogo.

8° *Bioética casuística*, considerando que lo que está bien es lo que se decide en cada momento.

9° *Personalismo*, centrada en la persona considerada como la unión sustancial de alma y cuerpo, de corporeidad y alma metafísica y espiritual. Su iniciado fue Sgreccia.

²⁵¹ E. ESCOBAR-PICASSO.- A. L. ESCOBAR-COSME., «Principales corrientes filosóficas en bioética» en *Revista Médica del Hospital Infantil* (2010).

Según Emilio Escobar y Ana Escobar²⁵², el eje de todo el debate es la persona y su cualidad de ser digna. Sobre los intereses de otras personas o de instituciones y sociedades, está el bien último del individuo.

El personalismo concibe a la persona como la unidad que forman el ser inmaterial (alma y espíritu) y el ser material (cuerpo), y acepta su existencia desde el momento de la concepción. A partir de esta perspectiva, el personalismo infiere algunos principios que podrían servir como orientación en la atención médica cotidiana: el respeto a la vida, al cuerpo, a la identidad, dignidad, autonomía, libertad, justicia y a la solidaridad humana.

La dignidad humana, junto al concepto de persona, posee un carácter central para articular los criterios a utilizar en el ámbito de la bioética. *La especial dignidad del ser humano es el centro de la concepción ética y jurídica en que se basa la cultura occidental, y lo que hace al hombre especialmente digno frente a los otros seres es su libertad y las consecuencias derivadas del uso de la misma.*

7.- BIOÉTICA Y DERECHO

En la definición de Bioética quedó de manifiesto que es una ciencia interdisciplinar, siendo el Derecho una de las que aportan grandes contenidos a ésta, por estar muy relacionadas.

María Casado²⁵³ se pregunta por la relación existente entre Bioética y Derecho, superadas ya las reticencias existentes en los principios de la Bioética, reticencias superadas por la aprobación del Convenio de los Derechos Humanos y Biomedicina, modelo que concibe los derechos humanos como marco mínimo común jurídico y ético para tomar decisiones en las sociedades plurales.

Ha quedado ya consignado que los avances continuos en las ciencias médicas y la posibilidades abiertas para el ser humano con estos avances, hace necesario la reflexión ética y para esta, resulta importante el proceso de elaboración y el análisis de las normas que deben regir la acción en lo que se refiere a la intervención técnica del hombre sobre su propia vida. Esto implica la necesidad de llegar a un acuerdo sobre el estilo de vida por el que se opta y, en consecuencia, del tipo de sociedad que queremos construir.

¿A quién concierne este papel en la sociedad? Sin lugar a dudas a los poderes

²⁵² Ibid.

²⁵³ M. CASADO., «¿Por qué Bioética y Derecho?» en *Acta Bioethica* 8 2 (2002).

públicos, por lo que es necesario su intervención.

Para tomar las decisiones deben implicarse todos los interesados, pero hay que establecer unos límites a todo lo que se puede realizar para no atentar contra la dignidad de la vida humana y, ahí es el papel fundamental del Derecho, quien debe proteger el pluralismo existente, donde pueden existir discrepancias, debiendo imponer unas normas para esa sociedad.

Estas relaciones aún no están completadas, pero cuando existe vacío legal es necesario recurrir a los derechos humanos. El problema se presenta cuando estos derechos, universales, aceptados, se concretizan en una sociedad plural, ya que esa concreción puede ser divergente. En esta situación es el Derecho, la norma, la ley, quien impone su criterio.

Son varios los autores que piensan en la existencia de un paralelismo entre los principios de la bioética de Beauchamp y Childress y los valores centrales que constituyen los derechos humanos, lo cual explicaría también por qué han formado parte del lenguaje común de la bioética internacional.

Dos valores son centrales en la declaración universal de los derechos humanos: *la libertad y la igualdad*. Estos valores son los que deben orientar las decisiones en los conflictos de bioética.

A continuación se enumeran las principales regulaciones sobre las que se fundamenta el Derecho en materia de bioética²⁵⁴:

- A) Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- B) Código de Núremberg (1947).
- C) Declaración de Helsinki (1964).
- D) Declaración de Tokio (1975).
- E) Informe Belmont (1979).
- F) Declaración de Manila (1980).
- G) Conferencia Internacional sobre armonización de requisitos técnicos para el registro de productos farmacéuticos para uso humano.
- H) Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o "Convención de Asturias de Bioética"), Consejo de Europa (1997).

²⁵⁴ www.bioetica.es. Consultado el 12-3-2012.

- I) Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos, UNESCO (1997).
- J) Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, UNESCO (2003).
- K) Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO (2005).
- L) Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial de España (2011).
- M) Principios de Tavistock.

El *Derecho debe garantizar la dignidad de la persona* creando normas jurídicas que la defiendan como un derecho fundamental de todo ser humano. Es difícil que el Derecho pueda regular todas las situaciones que se presentan pero, debe marcar los principios necesarios para regular las distintas circunstancias, bien por vía legislativa realizando leyes que regulen los dilemas presentados o bien por la judicial, y en este caso sería el papel desarrollado por los Comités de Bioética.

El *Comité de Bioética de España* fue creado por la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE 4 de julio) como un “órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud”. El Comité quedó constituido el 22 de octubre de 2008 y está adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tiene la misión de emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud.

Asimismo, se le asignan las funciones de establecer los principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de investigación científica y la de representar a España en los foros y organismos supranacionales e internacionales implicados en la bioética.

8.- BIOÉTICA Y PARTO

El parto es un proceso que incumben a dos vidas simultáneamente, gracias al mismo, una vida que es dependiente de otra hasta ese momento, pasa a un estado de independencia biológica.

Desde este momento, adquiere todos los *Derechos del Niño*. La *Convención sobre los Derechos del Niño* (CDN)²⁵⁵ es el primer instrumento internacional que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como *titulares activos de sus propios derechos*. El texto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor el 2 de septiembre de 1990.

Sus 54 artículos recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su *aplicación es obligatoria* para los gobiernos, pero también *define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas*.

La CDN es el tratado internacional con la más amplia ratificación de la historia. Los países que la han ratificado, 193, tienen que rendir cuentas sobre su cumplimiento al *Comité de los Derechos del Niño*. Se trata de un comité formado por 18 expertos en el campo de los derechos de la infancia, procedentes de países y ordenamientos jurídicos diferentes. La Convención tiene dos protocolos complementarios. El protocolo relativo a la venta de niños y la prostitución infantil y el protocolo relativo a la participación de los niños en conflictos armados. De toda la convención, profusa y prolija, podemos resaltar lo siguiente:

Como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento..."

Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 3

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus

²⁵⁵ CDN., Convención sobre los Derechos del Niño. http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf. Consultado 11-12-2014.

padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada”.

Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2. Los Estados Partes garantizarán en *la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño*.

Artículo 18

Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que *ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño*. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

Artículo 24

1. Los *Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.*

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez.

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud...

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Así pues, está claro la ética que confiere a dos personas diferentes, con la singularidad de uno de ellos por tener “inmadurez física y mental”; pero en este proceso de separación, que engloba esta situación particular, puede existir conflictos éticos, que requieren una reflexión.

Hay una premisa, discutible, sobre cuándo se considera ser humano, pero no es el objeto de esta investigación y al cual no entramos a cuestionar. Todas las posturas

convergen y están de acuerdo, que tras el parto, son niños con pleno derecho. Hay posturas que se los otorgan tras la concepción, otros a lo largo del desarrollo fetal y otros al nacimiento; pero todos convergen en asignárselos después del nacimiento.

Desde un punto de vista de *Ética de los Principios*, hay que tener en cuenta distintas opciones: los aplicados por la madre con respecto a su hijo, los principios del sanitario que asiste el parto hacia con la madre como al feto, y los del estado para con la madre y para el futuro ser que va a nacer.

Para profundizar sobre este tema, ineludiblemente hay que hacer una exposición sobre el posicionamiento de las organizaciones internacionales que confieren los modelos de conducta en la praxis médica. Estos posicionamientos son los siguientes:

8.1.- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) publica en 2013 a través del *Committee for the Ethical Aspects for Human Reproduction and Women's Health*, un informe de dicho comité sobre el Parto Natural²⁵⁶.

- En muchas partes del mundo, las mujeres no tiene elección y su parto se lleva a cabo en casa, con la ayuda sólo de los recursos de su alcance. En cambio, la opción de un plan de parto para el hospital, centros de nacimiento o partos en casa parece aceptable. Cuando la opción del paciente es posible médicamente, se debe ofrecer adecuada información sobre los riesgos previsibles, beneficios y las implicaciones de cada opción, ofrecidas siempre por personal cualificado. La meta ética es ofrecer información para una decisión de la mujer y respetar los derechos humanos.
- En Diciembre del 2010, siguiendo el Tribunal Internacional de los Derechos Humanos, la *Corte Europea de los Derechos Humanos*, falló que el *derecho de interferir médicamente en la participación de la elección de la mujer en el parto natural viola los derechos humanos de la mujer. El tribunal entiende que la mujer embarazada tiene el derecho a ser respetada en su vida privada y familiar, que incluye el derecho a elección del parto en casa.* Esta ley disuade a

²⁵⁶ FIGO., «Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Planned home birth» en *Int J Gynecol Obstet* 120 (2013) 204-205.

los médicos a la asistencia profesional, en términos directos o ambiguos, para la obstrucción del derecho de la mujer a elegir su lugar de nacimiento.

- Los argumentos en contra de la elección de un parto en casa, se sustentan en el consenso profesional que el parto natural es menos seguro que el nacimiento en servicios sanitarios, y en el derecho del recién nacido a la vida y a la salud incluye un nacimiento seguro. Existen registros de partos naturales atendidos por profesionales sanitarios que han precisado asistencia en unidades de emergencia, así como de muertes o graves lesiones para los recién nacidos y/o para la madre en los partos domiciliarios.
- En contraposición, el riesgo de infecciones nosocomiales, intervenciones médicas excesivas y no deseadas, particularmente en las cesáreas y el stress de estar sola debido a las limitaciones o prohibiciones de la presencia de la pareja o miembros de la familia. Las quejas se han realizado porque *no se ha probado que el parto natural posea un riesgo mayor que los nacimientos en servicios hospitalarios*.
- Además está aceptado que la *decisión sobre los riesgos de la madre y el recién nacido realizadas por las madres en el contexto de los derechos de autonomía y del derecho de la responsabilidad familiar, están más allá de la legislaciones, regulaciones gubernamentales o médicas*.
- La Corte Europea cita las recomendaciones de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, de 1996 a través del informe del grupo de trabajo técnico creado por el Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Se titula “Cuidados del Parto Normal: una guía práctica” (*Care in Normal Birth: a practical guide*).
- Hace referencia que el *lugar del nacimiento es solo cuestión de países desarrollados, pues en la mayoría de partes del mundo, las mujeres no tienen elección, ya que paren en casa*. El informe también distingue entre *partos de alto riesgo que deben ser manejados por personal cualificado y en instalaciones equipadas, de los de bajo riesgo, en los cuales las mujeres pueden elegir entre un parto en casa o en servicios sanitarios*.
- El informe destaca, que salvo casos seleccionados, hay de forma general datos inconclusos sobre la seguridad en los partos en los servicios sanitarios y los domiciliarios, pero la tendencia es que la satisfacción materna es mayor en los

domiciliarios. Hay múltiples factores que determinan la elección de la mujer por lo “antiguo”; incluyendo, el “coste del parto hospitalario, prácticas no familiares, actitudes inapropiadas del staff, restricciones con respecto a la asistencia de otros miembros familiares en el momento del parto y la frecuente necesidad de obtener permisos de otros miembros de la familia (frecuentemente hombres) antes de la admisión en el centro institucional”.

- La asistencia adecuada del parto natural requiere algo de preparación esencial, incluyendo agua caliente, lavado cuidadoso de manos, una habitación caliente y ropas y toallas calientes para arropar el bebé. Además debe tenerse un kit de parto limpio, recomendado por la OMS, para crear un lugar limpio y poder dar un tratamiento adecuado al cordón. La OMS advierte que es necesario tener a disposición “un sistema de transporte para el centro de referencia por si fuera necesario”, a la vez que reconoce obstáculos en partes del mundo; menos del 20 % de las mujeres disponen de acceso a ningún tipo de facilidades para un parto institucionalizado.
- El informe presenta una contradicción; en partes del mundo menos desarrolladas donde no tienen acceso a servicios o personal entrenado, desean que se les proporcionen cuidados en el parto; en un número de países desarrollados, la insatisfacción con el cuidado hospitalario ha llevado a pequeños grupos de mujeres y sus matronas realicen el parto en casa como una alternativa.
- Los datos estadísticos de los resultados son escasos al momento de escribirlo, pero los estudios incluyen datos australianos donde refleja “en los partos domiciliarios programados, el número de traslados al hospital y la tasa de intervenciones obstétricas ha sido baja. La mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal también son relativamente bajas, pero los datos sobre los factores previsibles todavía no han sido proporcionados”.
- El informe de la OMS concluye, “ toda mujer debería poder dar a luz donde ella se sintiera segura, con el mayor nivel de cuidado apropiado factible y seguro” Para *embarazos de bajo riesgo, el parto puede ser en casa, clínicas de nacimiento o unidades maternas hospitalarias comarcales o en centros de referencia*. Sin embargo, siempre debe ser un lugar donde toda la atención y el cuidado debe ser focalizado en sus necesidades y seguridad, tan cerca de su

casa y de su cultura como sea posible. En nacimientos llevados a cabo en casa, un plan de contingencia para el acceso a un centro de referencia sanitario debe formar parte de los preparativos antenatales”.

Recomendaciones de la FIGO

1. Donde las mujeres tengan la opción de dar a luz en servicios sanitarios o en casa, *los profesionales sanitarios deberían respetar sus derechos a preferir un parto natural.*
2. Como cualquier elección de cualquier paciente, debe ser informado de sus riesgos y alternativas, así como sus implicaciones. Por ejemplo, los pacientes deberían ser conscientes que algunas complicaciones graves puede no dar síntomas ni mostrar signos de distress, así que el parto en casa debe ser cuidadosamente evaluado.
3. La preparación de un parto en casa debe ser mientras las circunstancias lo permitan, con higiene y con un plan adecuado de contingencia para el traslado a un centro sanitario de referencia por si fuese necesario, equipado con medios y personal adecuado. Un *kit de parto limpio* debe estar disponible según las recomendaciones de las OMS.
4. Cuando los Servicios de Ginecología y Obstetricia no son accesibles o disponibles, los médicos deben colaborar en la formación de matronas, enfermeras y/o doulas que apoyen a la mujer en el parto, con las habilidades adquiridas, con apoyo emocional y en el confort de la mujer para reducir su ansiedad. Debe extenderse a la preparación, parto y postparto en el cuidado de la madre y el recién nacido.
5. Cuando las leyes prohíben o evitan que los médicos ayuden o proporcionen a las mujeres asistencia en su parto en casa; los médicos y sus sociedades *profesionales deben instar y colaborar en la reformas de la ley para un avance en los derechos de la mujer*, y aseguren a la mujer el mejor consejo profesional para la toma de sus decisiones.

Esta misma institución, FIGO, publica previamente, en Marzo del 2011 “*Ethical Guidelines regarding interventions for fetal well being*”²⁵⁷; en éstas consideraciones establece:

²⁵⁷ FIGO., «Ethical guidelines regarding interventions for fetal well being. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health» en *Int J Gynecol Obstet* 115 (2011) 92.

1. Si las mujeres tienen la necesaria información y apoyo, tomarán sus elecciones para incrementar las opciones para tener el mejor parto y salud de sus hijos.
2. Dar a la mujer gestante el mejor cuidado que necesite, es cuidar la salud del feto y proporcionar la mejor posibilidad de tener el mayor bienestar del feto y la madre.
3. Aunque el feto podría beneficiarse de los cuidados sanitarios, es completamente dependiente de su madre y cualquier tratamiento debe ser realizado a través de ella.
4. Aunque *la mayoría de mujeres actúan de manera que proporcionen un ambiente sanitario adecuado y están normalmente dispuestas a asumir riesgos en beneficio de sus fetos, puede existir algunas situaciones donde sus intereses no coinciden:*
 - a. El *comportamiento materno puede crear riesgos para su salud y la del feto* (tabaco, alcohol, no llevar un adecuado control prenatal, etc).
 - b. La madre no acepta la opción de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico propuesto para preservar el buen nacimiento de su hijo, incluyendo una cesárea por indicación fetal.
5. El equipo médico tiene la responsabilidad de informar adecuadamente, consensuar con la madre, con paciencia y empatía, y proporcionar tanta asistencia médica como necesite para obtener los mejores resultados materno-fetales.
6. Sin embargo, las mujeres que no tienen la capacidad de elegir entre las distintas opciones sanitarias y son *forzadas a un procedimiento médico o quirúrgico no deseado por ellas, en relación a preservar su salud o la de su feto, es una violación de su autonomía y de los derechos humanos fundamentales.*
7. *Recurrir al sistema judicial cuando una mujer ha renunciado a un tratamiento médico o quirúrgico, tras ser informada sobre ello, es inapropiado y normalmente contraproducente.*
8. *Si la capacidad de la madre para la toma de decisiones médicas está dañada, los profesionales sanitarios debe actuar en los mejores intereses de la madre primero y segundo de su feto.* La información que pueda aportar la familia u otros puede ayudar a tomar la decisión más correcta.
9. Los deseos de la embarazada menor que es competente para dar un consentimiento informado con respecto a procedimientos médicos o quirúrgicos deben ser respetados.

8.2.- Sociedad Americana de Obstetricia y Ginecología (ACOG)

En el protocolo de Parto planificado domiciliario, número 476, del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia²⁵⁸, en el año 2011, esta institución publica su posicionamiento sobre el parto en casa.

Establece que no hay evidencia sobre los partos en casa (no estudios randomizados hasta la fecha) y los datos son sobre estudios observacionales. *Concluye que los centros hospitalarios y los centros especializados de nacimiento son más seguros, pero se debe respetar la decisión informada de la gestante sobre su parto.* Deben ser informadas de los riesgos/beneficios a la luz de la evidencia publicada; deben ser informadas, que aunque el riesgo global del parto en casa es muy bajo, existe un *riesgo aumentado del doble o el triple de mortalidad neonatal* cuando se compara con el parto hospitalario (están basándose en la publicación de Wax que se comentó en el capítulo anterior²⁵⁹).

Deben ser informadas sobre los criterios estrictos necesarios para el parto en casa: ser atendidas por matronas acreditadas o profesionales acreditados en un sistema integrado de salud. Y debe disponer de un sistema de transporte adecuado para minimizar la mortalidad perinatal y mejorar los resultados del parto en casa.

Este protocolo proporciona una visión de conjunto de la literatura, de los beneficios clínicos y de los riesgos de los partos en casa y de los hospitalarios.

En ese mismo año, se publica un artículo firmado por Chevernak sobre el *posicionamiento ético del Colegio Americano sobre el Parto Natural*²⁶⁰. Hagamos un análisis sobre este informe ético:

Recomienda que se tenga en cuenta este tema para proporcionar un mejor cuidado de la mujer gestante y apoyar sus derechos. Así como establecer la ética obstétrica e identificar las tres obligaciones para los obstétricos involucrados en el consejo de la mujer gestante que expresa un interés o preferencia en un parto planificado en casa.

²⁵⁸ ACOG., «Planned home Birth. ACOG Committee Opinion n°476. American College of Obstetricians and Gynecologists» en *Obstet Gynecol* 117 (2011) 425-428.

²⁵⁹ J.R. WAX.- F.L. LUCAS.- M. LAMONT.- M. PINETTE.- A. CARTIN.- J. BLACKSTONE., «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis» en *Am J Obstet Gynecol* 203 243 (2010) e1-e8.

²⁶⁰ F.A. CHERVENAK.- L.B. MC CULLOUGH.- B. ARABIN., «Obstetrics ethics. An Essentials Dimension of planned home birth» en *Obstet Gynecol* 117 (2011) 1183-1187.

Basado en una ética principalista, las obligaciones éticas aplicables para con la madre son *los principios de autonomía y de beneficencia y para el feto el principio de beneficencia*.

Con respeto al *principio de autonomía* de la gestante obliga al obstetra a empoderar su autonomía en el proceso de consentimiento informando, proporcionándole toda la información relevante sobre su embarazo y sus alternativas razonables para el manejo del mismo. El obstetra debe ser un defensor importante de la autonomía de la gestante.

En cuanto al *principio de beneficencia*, el ginecólogo debe emitir consejos basados en el balance riesgo/beneficios para la madre y para el feto, basados en la evidencia y con sentido común. Son consejos médicamente indicados y por tanto recomendados, basados en el principio de la beneficencia, cuando una intervención clínica pudiese tener beneficios razonables para la gestante o el feto, con riesgos asumibles para la madre o el feto. Y al contrario, será inaceptable y por consiguiente, no recomendado médicamente cuando la intervención clínica seguramente produce un resultado con riesgos inaceptables para ambos.

En dicho informe refleja que la integridad profesional en connivencia con una práctica intelectual y ética del cuidado en la excelencia, no permitiría la implementación de guías de manejo no apoyadas en el principio de beneficencia.

Además de los obstétricas, refiere también, que *la mujer gestante tiene obligación de beneficencia para el feto y para el recién nacido que espera nacer*, para tomar decisiones de riesgo. *Cuando sea razonable la actuación clínica que ofrezca un beneficio al feto sin riesgos razonables para la gestante, está obligada éticamente a autorizar y aceptar dicha intervención*.

El problema en obstetricia, es que los principios de autonomía y beneficencia son absolutos, sin límites y sin solaparse unos con otros. Hay una teoría bioética - *prima facie*-, *ningún principio ético anula automáticamente a otro*. Cada principio genera una obligación y cuando esas obligaciones entran en conflicto, deben ser resueltas con argumentos razonados y no por imperativo.

Las tres obligaciones obstétricas aplicadas en el parto natural

Este informe comienza con que la paciente debe ser informada en el proceso de consentimiento informado del parto natural. Hay que proporcionar una adecuada

información sobre el riesgo de mortalidad neonatal y de morbi-mortalidad perinatal. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha publicado que los partos domiciliarios planificados están asociados con un aumento de riesgo de mortalidad neonatal del doble. Son datos preliminares del sistema holandés, que tiene implantado desde hace mucho tiempo el parto en casa (alrededor de un 30-40 % dependiendo de la región) Posteriormente se ha publicado otro artículo sobre la experiencia en Países Bajos²⁶¹ (que no se incluyó en la revisión del Colegio por publicarse después), el cual refleja un riesgo relativo de 3.66 (1.58-8.46 95% de intervalo de confianza) de mortalidad perinatal para aquellas mujeres que fueron asistidas en el parto por matronas en un centro de nacimiento; en un país donde las distancias son pequeñas y hay una cultura amplia sobre los criterios estrictos del parto natural y de traslados hospitalarios.

Este último artículo referido ha sido muy discutido, pero teniendo en cuenta todos los datos hasta ahora, cuando se informe a la paciente gestante sobre el parto natural se *debería informar que al menos hay un riesgo del doble o triple de muerte neonatal y un riesgo aumentado de muerte perinatal en los partos en casa.*

Otro factor ha tener en cuenta es *el traslado de la gestante* que inicia su trabajo de parto en casa y tiene que ser trasladada a un servicio sanitario de referencia porque ha existido una complicación. En los Países Bajos hay un traslado de un 43 % en nulíparas y un 13 % en multíparas. Se ha publicado recientemente que cuando el tiempo empleado en dicho transporte excede los 20 minutos está asociado con un mayor riesgo de mortalidad y de resultados adversos.

Si bien es verdad que el Colegio Americano no es estrictamente respetuoso con la información que aporta porque todas las cifras manejadas para informar a la paciente son cifras del sistema de salud de los Países Bajos y no del suyo propio.

Este comité ético sigue argumentando que el parto hospitalario no crea un riesgo inaceptable para la gestante en el contexto del principio de beneficencia, si no que confiere un beneficio claro sobre ella; además la obligación de beneficencia sobre el feto hace que acepte esos riesgos.

²⁶¹ A.C. EVERS.- H.A.A. BROWERS.- C.W. HUKKELHOVEN.- P.G.J. NIKKELS.- J. BOON.- A.VAN EGMOND-LINDEN.- J. HILLEGERSBERG.- Y.S. SNUIF.- S. STERKEN- HOOISMA.- H.W. BRUINSE.- A. KWEE., «Perinatal mortality and severa morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohorte study» en *BMJ* 341 (2010) c5639doi:10.1136 / bmj.c5639.

El posicionamiento del Colegio no está clara entre la distinción entre los *derechos negativos*, derecho a no interferir en el proceso de toma de decisiones del paciente y los *derechos positivos*, la demanda de la paciente a aplicar decisiones con la colaboración de los profesionales de la salud, que puedan generar riesgo en la morbilidad y mortalidad del paciente neonatal y fetal. El consentimiento informado enfatizada los derechos negativos de la mujer embarazada en la no interferencia en la toma de decisiones y en la expresión de sus preferencias. Y la actuación del obstetra de actuar en su preferencia aumenta su derecho positivo.

El parto natural, es más que un derecho negativo a la hora de expresar su preferencia, si no es un derecho positivo al llevarlo a cabo; un acto que conlleva riesgos de mortalidad sobre el neonato, que es incapaz de consentir y que podría prevenirse sin que suponga un riesgo inaceptable para la madre.

Otro argumento que se dirime, es que el parto hospitalario presenta costes psicosociales, pero en el contexto de la beneficencia del neonato, podría balancear positivamente la prevención de los riesgos fetales sobre los costes psicosociales. Además, en el parto natural también podrían existir factores psicosociales como los implicados de frustración, ansiedad y decepción en los traslados a servicios sanitarios durante el parto.

El Colegio defiende que los ginecólogos no deberían llevar a cabo partos en casa pues no es compatible con la integridad profesional, porque hay una colisión entre los derechos positivos de la gestante con un criterio clínico inaceptable basado en el principio de beneficencia para el recién nacido.

Conclusiones de este artículo

1. La ética obstétrica es un componente esencial de las obligaciones de los ginecólogos con respecto a la madre, el feto y el recién nacido en respuesta al manifiesto de la gestante de su preferencia de sobre un parto planificado domiciliario.
2. Es una verdad incontestable que el parto en casa impone un riesgo aumentado e innecesario sobre la mortalidad neonatal y la morbimortalidad perinatal.
3. La gestante está obligada éticamente a prevenir estos riesgos aceptando un parto hospitalario.
4. Los ginecólogos deben entender que los principios de autonomía y beneficencia, así como los derechos positivos y negativos son *prima facie*.

5. El parto en casa es un ejercicio de autonomía que implica derechos negativos y positivos y no sólo negativos. Además los derechos positivos están limitados por juicios basados en el principio de beneficencia y por la integridad profesional.
6. Las obligaciones éticas y clínicas de los obstétricos con respecto al parto natural, hacen que se incluya una información adecuada sobre la morbilidad neonatal y perinatal específicamente en los servicios sanitarios en los Estados Unidos.
7. El *Consejo Oficial del Colegio Americano de Obstétricos y Ginecólogos* realiza una recomendación en contra del parto planificado en casa y a favor del parto hospitalario, intentando una persuasión respetuosa de la gestante que no acepte esta recomendación, no participando en el parto en casa y dando cuidados prenatales y cuidados en la urgencias obstétricas si estas ocurriesen.
8. La profesión médica debería esforzarse continuamente en hacer los partos hospitalarios más humanos y proporcionar un ambiente hospitalario semejante al de que existe en casa, así como un continuo esfuerzo en mejorar la seguridad de la madre y el recién nacido.

Un aluvión de críticas ha recibido este primer artículo de Chervenak²⁶²²⁶³.

En el mismo año, 2011, la misma revista y también el mismo número también publica, firmado por Ecker²⁶⁴, un comentario de opinión sobre los posibles dilemas éticos que un profesional sanitario se puede encontrar durante la decisión de una gestante en llevar a cabo un parto natural.

En la toma de decisiones médicas y en la resolución de conflictos, éticos u otro tipo de conflictos ha entrado en valor creciente la decisión del paciente y el respeto a su autonomía, así como en la elección entre las diferentes alternativas de manejo de su proceso de salud.

De hecho, algunos autores ha establecido el *principio de Autonomía como “el primero entre iguales”*. Pero el respeto de la autonomía puede sufrir cambios cuando las

²⁶² L.A PLANTE., «Obstetrics ethics: an essentials dimension of planned home birth» en *Obstet Gynecol* 118 (2011) 357.

²⁶³ N.S FOGELSON.- S. FISCHBEIN., «Obstetrics ethics: an essentials dimension of planned home birth» en *Obstet Gynecol* 118 (2011) 357.

²⁶⁴ J. ECKER.- H. MINKOFF., «Home Birth. What are physician’s ethical obligations when patient choices may carry increased risk?» en *Obstet Gynecol* 117 (2011) 1179-1182.

preferencias de los pacientes no son recomendadas, preferidas o incluso en algunas ocasiones permitidas por aquellos que interfieren en sus decisiones, ya sean individuos, instituciones o sistemas sanitarios.

¿Cuándo respetas la decisión y autonomía de la paciente si se ha realizado mal la toma de decisiones? ¿Cuándo esta participación no es respetuosa pero permitida? Para resolver estas cuestiones se debe recurrir a un balance entre el principio de beneficencia y el de no maleficencia.

Con respecto al parto natural, algunos médicos, no pocos, han esgrimido, que emergencias no previsibles pueden ocurrir en gestaciones de bajo riesgo y que el equipo, la medicación y los tratamientos no están disponibles en casa y por tanto, cuestionan la seguridad del parto en casa. Estas cuestiones no se pueden resolver con datos anecdóticos sino con estudios sistemáticos, pero son muy difíciles de llevar a cabo, pues la paciente no está de acuerdo con aleatorizar su parto, por lo que los estudios son observacionales y no experimentales.

Pese a todas las limitaciones, se ha publicado un bajo riesgo de eventos adversos en los partos domiciliarios así como difiriendo en las cifras de los riesgos relativos.

Concluye el informe que los obstétricas están obligados a usar todos sus conocimientos para minimizar los riesgos, incluso en aquellas que no deciden aquello que el médico le aconsejó. Se debe dialogar en todas las opciones, tanto en las que supone un bajo riesgo así como las que tienen una posición intratable.

La idea central del principio de autonomía está basado en el consejo sintetizado en información y perspectivas.

En 2011 Kingman²⁶⁵ basándose en los resultados de Wax, hace una reflexión ética sobre el parto natural. Refiere que pese a todas las críticas metodológicas, la reducción del riesgo del parto hospitalario frente al parto en casa es muy bajo. Se estima que en el parto en casa planificado hay una muerte extra por cada 1333. Suponiendo que todo lo demás que implica al recién nacido fuese igual en ambos partos, al recién nacido le interesa nacer en el hospital. El autor opina que el niño tiene derecho a tener el procedimiento más seguro posible.

En cuanto a la madre, el autor no le reconoce el derecho a elegir el lugar de nacimiento, en cuanto pone en peligro la vida de su hijo en la elección.

²⁶⁵ E. KINGMAN., «The Lancet's risky ideas? Rights, interests and home birth» en *Int J Clin Pract* 65 9 (2011) 918-920.

Esta reflexión no tiene vigencia hoy, puesto que ha imperado el posicionamiento principalista de autonomía de la madre.

Otra publicación del Dr Chervenak y sus colaboradores²⁶⁶ en 2013, reflexiona sobre la postura del ginecólogo frente al parto natural. La Corte Europea refiere que el parto natural enfatiza la seguridad y satisfacción del paciente, el coste–efectividad y el respecto de los derechos de la mujer.

Analiza cada uno de estas propuestas de forma independiente:

- La seguridad del paciente. Consideran los autores a la luz de los trabajos publicados, que hay un aumento del riesgo relativo y un riesgo absoluto permanente para el feto y la madre. Ambos pueden reducirse en incidencia teniendo acceso a cuidados perinatales estandarizados.
- La satisfacción de la paciente. Los autores estiman por un lado que aunque se argumenta a favor de los beneficios de la esfera psicosocial del nacimiento, a veces, cuando se traslada al hospital, estas circunstancias pierden poder. Y por otro lado, los profesionales que trabajan en el hospital, priorizando la seguridad, deben realizar medidas para mejorar la satisfacción de la paciente, construyendo el entorno hospitalario similar al entorno en casa.
- Coste-beneficio. Hay un brazo del análisis Birthplace²⁶⁷, que evalúa los costes de un parto en casa, en un centro de nacimiento y en el hospital y concluye que es para una múltipara de bajo riesgo, el parto natural es la mejor opción coste-efectividad y para una nulípara de bajo riesgo el parto en casa es la mejor opción coste-efectividad pero con un aumento de los resultados perinatales adversos. Los autores critican la metodología realizada, puesto que no incluyen los costes del traslado y de la asistencia sanitaria urgente secundaria al traslado y no contabilizan los costes de los resultados adversos que originan una discapacidad. De todas formas, los autores ahondan más, puesto que este punto del coste-beneficio no lo consideran dentro de las responsabilidades de un profesional.

²⁶⁶ F.A. CHERVENAK.- L.B. MC CULLOUGH.- R.L BRENT.- M.I. LEVENE.- B. ARABIN., «Planned home birth: the professional responsibility response» en *Am J Gynecol Obstet* 208 1 (2013) 31-38.

²⁶⁷ S. SCHROEDER.- S. PETROUS.- N. PATEL., «Costeffectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in england nacional prospective cohorte study» en *BMJ* 244 (2012) e2292.

- Respeto de los derechos de la mujer. Los autores hace suya una conclusión del editorial publicado en *Lancet* que consideran que la “mujer puede elegir donde y cuando dar a luz, pero no tienen el derecho de poner a su hijo en riesgo²⁶⁸”. Esta consideración ha sido opuesta duramente en editoriales posteriores^{269,270,271,272}.

Concluyen los autores reflexionando que la “*defensa del parto en casa es un irresistible ejemplo de lo que ocurre cuando la ideología reemplaza la política y juicio clínico. Instan a los ginecólogos, médicos, matronas y otros profesionales sanitarios y a sus asociaciones a evitar la ética reduccionista del parto natural basada en los derechos y a reemplazarla por una ética basada en la responsabilidad profesional*”.

Esperables son las críticas a este artículo, firmadas por Dixon²⁷³ y Fischbein²⁷⁴.

Por último en Julio del 2013, se publica en la revista *The Journal of Clinical Ethics* un monográfico sobre el parto natural desde la aproximación a los diferentes puntos de vista éticos y los aspectos emocionales de los participantes en un parto natural.

La editorial de la revista²⁷⁵ enmarca el corazón del debate en tres cuestiones básicas:

Cuando la evidencia sobre los resultados es inconclusa o no definitiva y cuando hay opciones de tratamiento médicas competentes ¿cuándo, dónde y cómo, las decisiones de la paciente son respetables?

¿Se puede considerar un análisis alterado cuando una de las partes implicadas no puede opinar?

¿Pueden tomar los paciente decisiones en desacuerdo con las mejores prácticas médicas?

²⁶⁸ NO AUTHORS LISTED., «Home birth- proceed with caution» en *Lancet* 31 376 (2010) 303.

²⁶⁹ E. KINGMAN., «Editorials about home birth- proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1298.

²⁷⁰ L.K. WATSON., «Editorials about home birth- proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1297- 1298.

²⁷¹ G. GYTE.- M. DODWELL.- A. MACFARLANE., «Editorials about home birth- proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1297.

²⁷² S. BEWLEY.- M.NEWBURN.- J. SANDALL., «Editorials about home birth- proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1297.

²⁷³ L. DIXON., «Planned home birth: the professional responsibility response» en *Am J Gynecol Obstet* 209 3 (2013) 280-1

²⁷⁴ S.J. FISCHBEIN., «Redefing ethics in home birth» en *Am J Gynecol Obstet* 209 3 (2013) 279.

²⁷⁵ E.H. HOWE., «When a mother wants to deliver with a midwife at home» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 172-183.

Para dar luz a estas cuestiones desarrollan todo el monográfico que resumimos en las siguientes ideas básicas:

1. Para Chervenak²⁷⁶, como ya hemos visto previamente y de nuevo publica en esta revista, los profesionales deben informar a la paciente de un riesgo elevado, previsible y clínicamente innecesario en los partos en casa así como, los profesionales sanitarios obstétricos no deberían atender partos naturales.
2. Eugene Declerq²⁷⁷ hace una reflexión sobre el significado del riesgo relativo de un evento que es infrecuente (el riesgo absoluto) y cómo desde los profesionales sanitarios deben informar sobre el mismo a la paciente. El riesgo relativo es un elemento imprescindible en la toma de decisiones, pero la dificultad ocurre cuando solo se informa de los riesgos relativos como única herramienta de toma de decisiones. Las mujeres son capaces de entender el significado de riesgo relativo y absoluto y las repercusiones que tienen para ellas mismas.
3. Seguidamente, la revista hace un análisis de la evidencia hasta ahora publicada, y determina que éticamente el profesional sanitario debe aportar a la gestante la información necesaria para que tome una decisión informada de donde dar a luz. Las publicaciones que hay hasta la fecha publicadas, tienen sesgos metodológicos importantes donde sitúan el parto hospitalario como la norma y los demás como experimentales. Además la seguridad del parto hospitalario depende del hospital donde se preste la atención²⁷⁸.
4. Los artículos posteriores hace un alegato a las posibles ventajas del parto natural de satisfacción, de mayor seguridad si pertenece de forma integrada al sistema sanitario, de autorrealización, de libertad, etc, que ya hemos descrito previamente en el capítulo teórico previo^{279,280,281}.

²⁷⁶ F.A. CHERVENAK.- L.B. MC CULLOUGH.- R.L BRENT.- M.I. LEVENE.- B. ARABIN., «Planned home birth in the United States and professionalism: a critical assessment» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 184-191.

²⁷⁷ E. DECLERQ., «The absolute power of relative risk in debates on repeat cesareans and home birth in the United States» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 215-224.

²⁷⁸ R.G. DE VRIES.- Y. PARUCHURI.- K. LORENZ.- S VEDAM., «Moral science: ethical argument and the production of knowledge about place of birth» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 225-238.

²⁷⁹ C.L. WENDLAND., «Exceptional deliveris: home birth as ethical anomalies in American obstetrics» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 253-265.

²⁸⁰ J.A. LOTHIAN., «Being safe: making the decision to have a planned home birth in the United States» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 266-275.

²⁸¹ M. NIEUWENHUIJE.- L. KANE LOW., «Facilitating women's Choice in Maternity Care» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 276-282.

8.3.- Academia Americana de Pediatría (APP)

La guía clínica sobre el parto natural publicado por esta institución en el 2013²⁸² presenta los siguientes conceptos:

Los pediatras deben estar preparados para proveer consejo informado a aquellas mujeres que estén considerando el parto en casa. En beneficio de disminuir las mortalidad neonatal así como las complicaciones neonatales en el parto natural, la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia, recomiendan que sean atendidos solo por matronas que estén certificadas con el Certificado de Matronas de América. Y advertirle que en algunas ocasiones las pacientes que realizan un parto en casa deben ser trasladadas a un hospital antes del nacimiento por complicaciones y debe ser entendido no como un fracaso sino como un éxito del sistema. Esta cifra oscila entre un 10-40%, más en primíparas que en las que ya han parido anteriormente.

El cuidado del recién nacido en casa es un tema particularmente importante, con dos específicas áreas: *resucitación y evaluación del recién nacido inmediatamente después del parto y el cuidado y seguimiento de la salud posteriormente.*

8.3.1 .- Resucitación y evaluación del recién nacido inmediatamente después del parto

Debe existir al menos una persona cuya responsabilidad primaria sea el cuidado del recién nacido, tal como recomienda la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Americana del Corazón. Hay situaciones, infrecuentes, pero que existen, donde la madre y el recién nacido necesitan atención urgente. Por tanto deben ser atendidas por *dos personas, al menos una de ellas con suficiente experiencia en el programa de Resucitación Neonatal.*

El sistema de comunicaciones debe ser revisado antes del parto. Y debe estar consensuado previamente un sistema de transporte para un eventual traslado si ocurre una emergencia.

El cuidado del recién nacido debe adherirse a las guías de cuidados perinatales, que incluye un aporte de calor, las medidas de resucitación apropiadas y realización del test de Apgar. Aunque el contacto piel con piel es el modo más efectivo para proporcionarle calor,

²⁸² AAP., *Planned home Birth. Committee on fetus and newborn en Pediatrics*
<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/1016.full.html>. Consultado el 25-4-2014.

se debe contar con una almohada térmica portátil en caso de que el recién nacido precise resucitación y no puede llevarse a cabo en su tórax.

En caso de que un niño necesite maniobras de resucitación debe ser monitorizado y si recibe maniobras más intensas como ventilación con presión positiva durante más de 30-60 segundos debe ser trasladado. Además cualquier recién nacido con dificultad respiratoria, cianosis continuada u otros signos inmediatos de enfermedad debe ser trasladado.

8.3.2 .- Cuidados al recién nacido

Cuidados necesarios para todos los recién nacidos: examen físico y aporte de calor; screening del *Streptococcus* grupo B, profilaxis ocular, screening de glucosa, aporte de Vitamina K, screening de pruebas metabólicas y de defectos auditivos, asesoramiento sobre lactancia y vigilancia de hiperbilirrubinemia.

Conclusiones

La Academia Americana de Pediatría se alinea con la posición reciente de la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología, afirmando que los hospitales y los centros de nacimiento son más seguros para el nacimiento, aunque respetan el derecho de la mujer a tomar una decisión informada sobre su parto.

Además se posicionan de acuerdo también con la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología, para no dar su apoyo a que sea legal que matronas no acreditadas puedan llevarlo a cabo.

Independientemente de las circunstancias del parto, incluyendo la localización, se debe dar cuidados al recién nacido según los estándares publicados por esta Asociación. El objetivo es proporcionar un cuidado de alta calidad al recién nacido.

A la luz de esta publicación de la APP, Chervenak²⁸³ publica un artículo donde se pregunta si el parto planificado domiciliario es una violación de los intereses mejores del niño. Para responder esta pregunta formulan la siguiente hipótesis: si el parto natural puede

²⁸³ F. CHERVENAK.- B.L. MCCULLOUGH.- A. GRÚNEBAUM.- B. ARABIN.- M.L. LEVENE.- R.L. BRENT., «Planned home Birth: a violation of the best interests of the child estándar?» en *Pediatrics* 132 5 (2013) 921-923.

prevenir los riesgos perinatales aumentados, entonces el parto natural no viola los intereses del recién nacido.

Los autores se basan en los datos ofrecidos por la APP en el artículo anteriormente citado, que publican:

El parto domiciliario está asociado con un incremento de 2 o 3 veces más de mortalidad neonatal y un riesgo absoluto de muerte neonatal de 1/1000 en parto de bajo riesgo. La evidencia también sugiere que los niños nacidos en casa en Estados Unidos tienen una incidencia mayor de convulsiones neonatales y cifras más bajas de Apgar²⁸⁴

Así pues, los autores consideran que el aumento de riesgo perinatal es evitable en el hospital, porque la morbilidad neonatal está frecuentemente relacionada con el manejo intraparto y en el hospital se proporcionan los medios para intervenciones rápidas en respuesta a los indicadores empleados en el cuidado materno y fetal.

Consideran que el parto natural viola los mejores intereses del niño, y por tanto la responsabilidad profesional del pediatra hace que no deba participar en un parto planificado domiciliario.

Como es de esperar, el artículo de Chervenak es duramente criticado por uno de los autores del artículo donde se expresa la posición del comité de parto en casa de la APP, Watterberg²⁸⁵. Refiere que los argumentos expuestos tienen notables defectos:

1. El primero es que mientras el niño es un feto, no ha nacido todavía, predomina el principio de autonomía materno. Para Chervenak, según este autor, consideran el principio de beneficencia de los profesionales sanitarios por encima del principio de autonomía y cuando una gestante entra en una maternidad, cede sus derechos de autonomía y capacidad de toma de decisiones en manos del médico.
2. Por otro lado, ni todos los partos hospitalarios son “seguros” ni todos los domiciliarios son “inseguros”.
3. Por último, hay diferentes opiniones válidas sobre lo que constituye los mejores intereses para el recién nacido. El comité de bioética de la APP, expresa “que a veces no es fácil definir los estándares de decisión. En una sociedad plural, hay

²⁸⁴ K.L. WATTERBERG .- COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN., «Planned home Birth. Committee on fetus and newborn» en *Pediatrics* <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/1016.full.html> Consultado el 25-4-2014.

²⁸⁵ K.L. WATTERBERG .- COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN., «Policy statement on planned home birth: upholding the best interests of children and families» en *Pediatrics* 132 5 (2013) 924-926.

posiciones religiosas, sociales, culturales y filosóficas que pueden ser válidas para el cuidado del niño”.

Así concluyen que teniendo el *paradigma de servicios sanitarios estadounidenses, el parto en casa no es el lugar ideal para dar a luz*, aunque estos sean planificados. Sin embargo, al posicionamiento de la *APP promueve los mejores intereses de los niños y sus familias, reconociendo la autonomía de la madre y la familia y la complejidad en la toma de decisiones y estableciendo rigurosos estándares de cuidados del recién nacido*.

8.4.- Colegio Americano de Matronas

Su posicionamiento es “*cada familia tiene el derecho a experimentar el nacimiento de su hijo en un entorno donde se respete el contexto cultural familiar, su autodeterminación y su dignidad y cada mujer tiene el derecho a realizar una elección informada del lugar del nacimiento y acceso a servicios de parto en casa seguros*”²⁸⁶.

Simpson²⁸⁷, como miembro del consejo editor del Colegio, publica que cuando el parto natural incluye todos los procedimientos que especifican las tres organizaciones americanas, ACNM, ACOG y APP, hay una alta probabilidad de resultados saludables para la madre y para el niño.

Un paso más allá va el editor jefe²⁸⁸, Likis, ya que publica en Noviembre del 2014, que aparte de los posicionamientos de las grandes organizaciones americanas, ACOG; APP y ACNM, hay dos situaciones fundamentales sin resolver y que son exigibles:

- El primero es determinar que mujeres son candidatas apropiadas para el parto natural. Hasta la fecha no hay una lista nacional de condiciones donde si se cumplen, sería recomendable un parto natural.
- El otro cambio fundamental es que, si hay que realizar un traslado desde el domicilio a un hospital, sea un proceso de asistencial continuado, donde haya buena colaboración entre los profesionales.

²⁸⁶ AMERICAN COLLEGE OF NURSE –MIDWIFES., *Division of standards and Practice. Position statement: home Birth*. Approved by the ACNM Board of Director: May 2011. Available at : <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPBirth%20Aug%202011.pdf>. Consultado el 15-5-2014.

²⁸⁷ K.R. SIMPSON., «Planned home Birth» en *MCN Am J Matern Child Nurs* 38 5 (2013) 326.

²⁸⁸ F.E. LIKIS., «Home birth: moving towards shared goals» en *J Midwife Womens Health* 59 6 (2014) 567-568.

8.5.- Colegio Británico de Ginecología y Obstetricia (RCOG)

El *Colegio Británico de Ginecólogos y Obstétricas junto con el Colegio Británico de Matronas en la guía clínica publicada en el 2007 sobre el parto en casa, apoyan el parto en casa en mujeres con embarazos de bajo riesgo*²⁸⁹.

No hay razón para no poder ofrecer a las mujeres de bajo riesgo de complicaciones, un parto en casa y puede suponer considerables beneficios para ellas y sus familiares. Hay amplia evidencia que tener un parto en casa incrementa su percepción de un nacimiento satisfactorio y seguro con implicaciones para ella y su recién nacido...La seguridad no está definida con una interpretación estricta con seguridad física exclusivamente, si no también con el bienestar emocional y psicológico. El parto para una mujer es un evento de vida personal y familiar y el comienzo de una relación de por vida con su hijo. No obstante el parto en casa no es una opción para todas la mujeres.

Concluye esta guía del parto en casa, que se deben realizar protocolos de actuación y que son vitales políticas adecuadas de manejo y traslado de las situaciones de emergencia.

Posteriormente, tras la publicación del metanálisis de Wax²⁹⁰ en 2010, esta institución, a través de su presidente, Profesor Sir Sabaratnam Arukumaran, publicó una nota de prensa que dice:

A día de hoy, no tenemos claro cuánto de seguro es el parto en casa con respecto al parto hospitalario, porque no es fácil una conducta de randomización para los estudios sobre el parto.

Este metanálisis muestra que el parto en casa tiene menos intervenciones para la madre. Los hallazgos encontrados sobre el recién nacido necesitan ser considerados cuidadosamente por la madre, por el personal sanitario y por los estamentos políticos.

Por tanto, en *el Reino Unido se necesita más evidencia para ofrecer una opción como lugar de nacimiento*. El proceso de selección del parto en casa debe excluir a embarazos de alto riesgo ... además las matronas que asistan parto domiciliarios debe manejar de manera adecuada las maniobras de resucitación, porque son imprescindibles para el resultado del recién nacido. Concluye que *en pacientes de bajo riesgo, el parto en casa es una opción*. Sin embargo el parto es impredecible y debe de existir un adecuado y rápido sistema de traslado a centro de referencia²⁹¹,

²⁸⁹ ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNEACOLOGIST/ ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES., *Joint Stament n2: Home births*. www.rcog.org.uk/women-health/clinical-guidance/home-birth. Consultado el 21-5-2104.

²⁹⁰ WAX, *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metanalysis*, e1.

²⁹¹ <https://www.rcog.org.uk/en/news/rcog-statement-on-maternal-and-newborn-outcomes-in-planned-home-births-vs-planned-hospital-births-a-metaanalysis/> Consultado el 25-5-2014.

Posicionamiento ético del Colegio Británico

El 23 de Enero del 2014, el Colegio Británico de Ginecólogos y Obstétricas, emite en su página web el posicionamiento de dicho Colegio sobre el planteamiento ético del parto natural a raíz de un artículo publicado titulado “Home Birth and the Future Child²⁹²”.

El Colegio apoya la llamada de los autores a nuevas investigaciones sobre la prevalencia a largo plazo de discapacidades asociados a los distintos tipos de nacimientos²⁹³.

Home Birth and the Future Child

Este artículo está publicado en Enero del 2014, y firmado por De Crespigny y Savulescu, profesores de Filosofía de la Universidad de Oxford en el Centro de Práctica Ética.

Los autores argumentan que el *derecho de autonomía de la madre incluye el derecho de riesgo de muerte perinatal tanto como su propia muerte*. La mujer tiene la capacidad de elegir sobre su propio cuerpo, y en esto se basa los partidarios de los partos naturales y en que existe una menor tasa de intervenciones, con menos dolor y más satisfacción. Además hay menos riesgos de daños a largo plazo de las intervenciones hospitalarias como partos instrumentales o cesáreas. *La mayoría de los casos, las mujeres que dan a luz en casa tienen buenos resultados*.

Argumentan que los obstétricas y la madre embarazada tienen la obligación ética de minimizar los riesgos de daño del niño a largo plazo del niño.

Es importante diferenciar éticamente entre mortalidad neonatal de los riesgos de *discapacidad* (morbilidad a largo plazo). En un contexto donde se podría aceptar que el feto no es persona, se podría aceptar la muerte perinatal. Pero los autores no desean tomar una posición moral con respecto al feto.

Cuando ocurre una privación de oxígeno, se puede producir un daño hipóxico cerebral. El tratamiento inmediato de ese déficit de oxigenación es crucial para el resultado del recién nacido.

El retraso en el tratamiento puede ocasionar consecuencias de encefalopatía hipóxico isquémica (actualmente denominada encefalopatía neonatal), que a largo plazo

²⁹² L. DE CRESPIGNY.- J.SAVULESCU., «Homebirth and the future Child» en *J.J Med Ethics* 0 (2014) 1-6.

²⁹³ <http://www.rcog.org.uk/news/rcog-statement-home-birth-paper-journal-medical-ethics>. Consultado el 25-5-2014.

incluyen entidades como parálisis cerebral, parálisis motora y defectos de percepción, movilidad y cognitivos detectables en la edad escolar.

La encefalopatía hipóxica isquémica ocurre entre 1-6/1000 recién nacidos a término, presentando un 20 % de mortalidad y un 25 % de riesgo de tener consecuencias en el desarrollo neurológico en los supervivientes.

El manejo de las complicaciones intraparto es más efectivo y las personas están más cualificadas y disponen de más medios en el hospital que en casa. Lo mismo ocurre con las maniobras de reanimación del recién nacido. Por otro lado, el parto en casa retrasa medidas de manejo de la hipoxia, como la terapia hipotérmica como neuroprotección así como el tiempo invertido en el traslado a un hospital terciario.

La demora en el tratamiento de esta hipoxia puede por tanto, ocasionar *discapacidad permanente severa evitable* que puede persistir para el resto de su vida.

En la literatura hay muy pocos datos sobre el riesgo de discapacidad a largo plazo en partos en casa, particularmente porque la documentación de dichas discapacidades son difíciles, caras y necesitan estudios de mucho tiempo. Además cuando existe una complicación de un parto en casa y es trasladado al hospital, su cómputo no es como parto domiciliario.

Según los autores, a día de hoy, el foco está puesto por un lado; en la muerte materna y perinatal y por otro en el riesgo inherente a cualquier intervención en los defensores del parto natural.

Pero para ellos, es mucho más importante el *futuro daño a un niño, que ocasione una discapacidad evitable*, que la mortalidad perinatal o materna, es decir la *morbilidad en el niño. La protección de un niño que ya existe es de gran importancia moral y debe ser prioritario.* Obviamente es fuertemente erróneo producir un daño al feto o al niño que ocasione una discapacidad. En este sentido los tribunales penan a los obstétricas cuando en su práctica médica contribuyen a una discapacidad en el niño.

En una filosofía moral hay un principio básico: *-La neutralidad temporal-* Las acciones producidas en un momento dado que causan un daño futuro son iguales que si las acciones produjesen el daño inmediatamente. Es decir, si de nuestros actos ocasionamos a un niño de 2 años un daño tal que le incapacite el habla es lo mismo que si el daño se lo generamos en el nacimiento y es a los dos años cuando se evidencia el daño. El resultado es un niño que no puede hablar causado por un daño. Un daño que para los autores es evitable y es responsabilidad de la madre.

En cuanto a las leyes, la mujer tiene el derecho de tomar libremente cualquier decisión que concierna a su salud sexual y reproductiva, aunque pueda llevar su muerte o la de su hijo. Según el tribunal de apelación de Estados Unidos...*“el feto no tiene derechos...por encima de aquella persona que ha nacido ya”*.

Concluyen con la siguiente frase:

“Las mujeres tienen el derecho a elegir cómo y dónde pueden dar a luz, pero no tienen el derecho de poner a sus niños en riesgo” (frase expuesta ya en el editorial del Lancet y que los autores exponen como conclusión) Los médicos deben informar adecuadamente sobre los beneficios y riesgos para que la mujer pueda actuar de forma segura; pero actualmente con la ley en la mano, es una decisión de la mujer.

Los autores piensan que el parto natural en casa es un factor de riesgo para el futuro niño, o al menos incierto y debe ser desaconsejado hasta nuevos estudios.

Hay una consideración ética para el parto en casa - *la justicia distributiva*- el parto en casa por matrona es considerablemente más barato que el mejor manejo obstétrico.

Por lo tanto, los autores no establecen que el parto natural es inmoral, simplemente refieren que no hay evidencia científica si el parto en casa tiene menos, igual o mayor riesgo de ocasionar una posible discapacidad en el niño. Se necesitan estudios que incluyan la morbilidad a largo plazo en cada una de las opciones de nacimiento; en todas hay un riesgo inherente; pero se trata de considerar la opción que más minimice este riesgo.

9.- PARTO NATURAL Y PADRES

La asistencia al parto de los padres ha sido controvertido hasta al menos la década de los años 70 en Europa y en Estados Unidos hasta 1947 cuando el Dr Robert Bradley aconsejaba la presencia continua del padre en el nacimiento como ayuda para el parto.

En cuanto al parto natural, corrientes muy defensoras del mismo, como el Dr Odent, no pone mucho énfasis en la participación del padre durante el nacimiento; como ejemplo *“la presencia del hombre puede ocasionar miedo o distracción a la mujer de su proceso natural”²⁹⁴*.

Posibles significados o importancia de la presencia del padre en el nacimiento:

- Concepto de familia fuertemente unida.

²⁹⁴ L.I. KULULUANDA.- A. MALATA.- E. CHURWA.- J. SUNDBY., «Malawian fathers' view and experiences of attending the Birth of their children; a qualitative study» en *BMC Pregnancy and Childbirth* 12 (2012) 141.

- Unión de la pareja que vive de forma conjunta una experiencia vital importante.
- El vínculo paterno filial proporciona un mejor desarrollo posterior en el recién nacido.
- Visión social de mejor padre y esposo.
- Hay muchos estudios que avalan que el padre es una persona importante para que la madre tenga un vivencia buena durante el parto^{295,296}.

La presencia del padre es cultural: en la sociedad nepalí, especialmente en Bajura, o en la judía, la presencia del padre “contamina”, por tanto, no pueden estar presentes durante el nacimiento. Por el contrario en Bolivia, en Sirono, los padres, para reclamar su paternidad, deben cortar el cordón.

Un estudio publicado en 2011 por Bedwell²⁹⁷, demuestra que entre los padres hay una sencillez con respecto a la elección del lugar de nacimiento. Hay una opinión unánime que el nacimiento en el hospital es más seguro y esta opinión influye en múltiples facetas.

Cuando se pregunta por el parto en casa explícitamente, la mayoría de los padres se ven aliviados, si el lugar de nacimiento no entra dentro de la toma de decisiones. Cuando se le pregunta como reaccionan cuando la pareja desea un parto en casa, su estrategia en la mayoría de los casos es utilizar formas de persuasión verbal. Pero si no lo consiguen, las mujeres son conscientes de su desaprobación y podrían ser culpadas si no se alcanza un resultado favorable.

Los padres establecen que la razón principal de querer un parto hospitalario es la protección de sus parejas; pero el estudio refleja que esta decisión demuestra que esconde su propia vulnerabilidad y esconden sus sentimientos. Ahonda además que a diferencia de las mujeres que priorizan la protección del bebé, los padres no establecen su conexión hasta verlo fuera del útero. Este estudio tiene como limitaciones principales que está realizado solo en padres de cultura anglosajona y con muy pocos participantes.

En esta línea se publica en Septiembre del 2014 por Jouki²⁹⁸, la perspectiva de los padres que apoyan la decisión de la madre en la elección del lugar al parto, dejando a un

²⁹⁵ G. KAINZ.- M. ELIASSON., «The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study» en *Health care for Women International* 31 (2010) 621-635.

²⁹⁶ A. PREMBERG.- G. CARLSSON.- A.L. HELLSTRÖM.- M. BERG., «First-time fathers' experiences of childbirth—A phenomenological study» en *Midwifery* (2010), doi:10.1016/j.midw.2010.09.002 .

²⁹⁷ C. BEDWELL.- G. HOUGHTON.- Y. RICHENS.- T. LAVENDER., «She can choose, as long as I'm happy with it”: A quantitative study of expectant father's view of Birth place» en *Sex Reprod Healthc* (2011) 71-75.

lado su propio punto de vista. También se sustenta esta misma afirmación en otros artículos publicados^{299,300}.

Dicho esto, ¿qué figura ética corresponde al padre en la toma de decisiones en cuanto a la forma de parto? *No hay estudios sobre la co-responsabilidad ética de la figura paterna en el parto.* Cuando hay una discrepancia de preferencias, ¿qué valor tiene la opinión del padre? Claro está que en lo referente a la autonomía de la madre, la figura paternal no puede tener ningún papel activo. Pero visto desde el ángulo de un posible daño futuro de su hijo, ¿podría ser considerada su opinión, tanto para un parto natural como uno hospitalario?

10.- CONCLUSIONES

La bioética es el estudio sistemático, interdisciplinar y pluralista para la resolución de los problemas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y las ciencias sociales cuando se aplican a los seres humanos, y teniendo en cuenta el progreso científico, trata de promocionar la salud y la supervivencia, estableciendo normas que regulan la conducta humana en estas ciencias.

Es una nueva disciplina científica, con carácter práctica, porque compete a la conducta tanto del médico como el paciente, así como reflexiva y jurídica, en tanto tiene en cuenta la ética en los dilemas que plantea el progreso y establece normas que luego son convertidas en leyes como fundamento de derecho.

La justificación de la bioética nace de la necesidad de analizar las distintas opciones de conducta ante situaciones novedosas en el campo del progreso científico, que no están reguladas, y ni el individuo ni la sociedad tienen la solución.

Es una ética civil que se sustenta en la racionalidad humana secularizada, capaz de ser compartida por todos, en un entorno filosófico neutro. Sus características, por tanto, son:

- F) Secularización, alejada de toda referencia religiosa u obediencia confesional.
- G) Interdisciplinar, colaboración e interacción de diversas ciencias en la salud y en

²⁹⁸ M.R. JOUHKI.- T. SUOMINEN.- P. ASTEDT-KURKI., «Supporting and sharing-home Birth: father's perspective» en *Am J Mens Health* 9(2014).

²⁹⁹ H. LINGREN.- K. ERLANDSOON., «She leads, he follows-father's experiences of a planned home birth» en *Sex Reprod Healthc* 2 2 (2011) 65-70.

³⁰⁰ H. LINGREN.- I HILDINGSSON.- I. RADESTAD., «A Swedish interview study: parent's assessment if risk in home births» en *Midwefery* 22 (2006) 15-22.

el bienestar social.

- H) Enfoque prospectivo, sin tener en cuenta la ética clásica para responder a los nuevos progresos de la biotecnología.
- I) Enfoque social de la persona del enfermo y de la enfermedad, considerando a la persona en su globalidad y priorizando en ocasiones la dimensión social, ya que la salud es un bien público.
- J) Es sistemática y científica, ya que se propone un análisis lógico y la búsqueda coherente de las soluciones de los dilemas morales a partir de unos principios fundamentales científicos.

En resumen, la actual bioética pretende ser universal, alejada de los puros convencionalismos o preferencias personales, consciente de las limitaciones de la razón humana y atenta a los contextos culturales concretos.

Existen diversos tipos de bioética, pero desde la publicación del informe Belmont y posteriormente la publicación de Beauchamp y Childrees, la bioética se articula alrededor de cuatro principios básicos, que han sido consensuados por todos. Estos principios son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- Autonomía: La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. Capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueden tomar.
- Beneficencia: Obligación de hacer el bien. Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios.
- No maleficencia: Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan dañar o perjudicar a otros.
- Justicia: Reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito de bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

Si se da un conflicto de principios éticos, los de no maleficencia y justicia (de nivel público y obligatorio) están por encima de los de beneficencia y autonomía (considerados de nivel privado). La no maleficencia y el de justicia pertenecen a la ética de mínimos, mientras que el de autonomía y el de beneficencia pertenecen a la ética de máximos.

La ética principalista del parto es la siguiente:

- Principio de autonomía y de beneficencia de los profesionales que atienden a la mujer que está de parto.
- Principio de beneficencia de los profesionales para con el niño que va a nacer.
- Principio de beneficencia de la madre para el futuro niño que va a nacer.
- Principio de beneficencia del padre para con el futuro niño que va a nacer.
- Principio de justicia desde el Estado para con la madre y el futuro niño que va a nacer.

La Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce a los niños y niñas como titulares activos de sus propios derechos. El niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y desarrollo del niño y reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño. Los Estados partes deben asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.

Para la OMS, en su informe titulado “Care in normal Birth: a practical guide”, refleja que el lugar del nacimiento es solo cuestión de países desarrollados, pues en la mayoría de partes del mundo, las mujeres no tienen elección, ya que paren en casa con los recursos propios a su alcance.

El informe también distingue entre partos de alto riesgo que deben ser manejados por personal cualificado y en instalaciones equipadas, de los de bajo riesgo, en los cuales las mujeres pueden elegir entre un parto en casa o en servicios sanitarios.

Desde un punto de vista ético, la elección de la forma de parto es sencilla, se dejan atrás conceptos de mayor o menor mortalidad perinatal o materna, gestante de bajo o alto riesgo, o mayor o menor morbilidad materna, no importa los argumentos a favor de mayor relación emocional, o menor intervencionismo ni el concepto de seguridad; ni la figura paterna ni cualquier dilema ético planteado inicialmente.

Actualmente se resuelve todas las disquisiciones en una: **PRINCIPIO DE AUTONOMÍA**. Como conclusión, la ética del parto natural se basa en la teoría principalista, en el Principio de Autonomía, el primero entre iguales, por el cual la mujer puede elegir libremente cualquier forma y lugar de parir, pudiendo poner en peligro no sólo su vida, sino la de su futuro hijo, donde los derechos maternos prevalecen por encima por no ser un ser nacido todavía.

Es su derecho humano fundamental basado en el principio de Autonomía. La Corte Europea de los Derechos Humanos, *entiende que la mujer embarazada tiene el derecho a ser respetada su vida privada y familiar, que incluye el derecho a elección del parto en casa*. El Tribunal Internacional de los Derechos Humanos, basándose en la *Corte Europea de los Derechos Humanos*, falló que *el derecho de interferir médicamente en la participación de la elección de la mujer en el parto natural viola los derechos humanos de la mujer*.

Así pues todas las instituciones internacionales relativas se muestran de acuerdo con esta ética del parto natural- Organización Mundial de la Salud- OMS- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia –FIGO- Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia AGOG- Academia Americana de Pediatría -AAP-, Colegio Británico de Ginecología y Obstetricia –RCOG- *emitiendo en esta línea principalista sus recomendaciones*. Aunque el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología junto con la de Pediatría expresan que el parto hospitalario es más seguro.

Se han alzado voces discrepantes basados en la teoría –prima facie- ningún principio anula a los otros automáticamente, por lo tanto se debe tener en cuenta el principio de beneficencia para el feto, pero no ha tenido mucha repercusión a nivel internacional y es más, ha sido fuertemente criticado.

En cambio, en Enero del 2014, ha emergido voces disidentes sobre esta teoría principalista, basadas en la *morbilidad en el futuro del niño –discapacidad* - secundario a la elección de un parto natural. Si hay un proceso durante el parto que ocasione una disminución del aporte de oxígeno al niño y este déficit no se corrige rápidamente, puede ocasionar una encefalopatía hipóxico-isquémica. Esta encefalopatía ocasionará una discapacidad en el niño. Los déficits de oxígeno se revierten más rápidamente en un ambiente hospitalario.

Esta discapacidad evitable está respaldada por el principio de neutralidad temporal, lo que significa que en el daño ocasionado al niño no importa cuando se le ha producido,

sino las consecuencias. Esta teoría ha tenido un gran calado, con una llamada al estudio a este nuevo enfoque por parte de instituciones fuertemente defensoras del parto natural, que da por bueno el principio de Autonomía, pero que reflexiona sobre la futura discapacidad ocasionada en el niño por la elección del parto natural.

Por otro lado, en cuestiones éticas, *la figura paterna no representa ningún papel en la toma de decisiones ni responsabilidades en la elección*

CAPÍTULO IV. INVESTIGACIÓN

TEMA 1

INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS, MATERIAL Y MÉTODO

1.- Introducción

En las sociedades desarrolladas, desde una semilla originaria en el descontento que existe con la asistencia sanitaria que se presta al parto, emana hoy, una nueva demanda de diferentes modalidades de asistencia al parto y entre ellas, el parto natural.

Esta demanda se refleja en el gran activismo ciudadano que existe, englobado dentro de las asociaciones que apoyan el parto natural. Esta visión del parto *no es una vuelta a lo anterior sino una nueva visión en la época moderna*, que engloba numerosas ventajas, pero también algunos inconvenientes. No se trata del abandono a lo que la naturaleza dictamine, ya que desde estos mismos grupos, se preconiza el seguimiento estricto y cuidadoso del embarazo, con el diagnóstico prenatal incluido.

En el capítulo teórico hemos abordado el parto natural desde diferentes prismas; desde la definición, sus procedimientos, su filosofía y sus resultados materno-fetales.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, para dar cabida dentro de sus propios centros a este nuevo modelo, ha creado *la estrategia al parto normal* (que es un *parto hospitalario de baja intervención*). Otras instituciones públicas, para adaptarse a esta nueva exigencia, establecen una serie de requisitos para llevar a cabo un parto planificado domiciliario (gestación sin riesgo, a término, en presentación cefálica, con cercanía a un centro hospitalario, acreditación del personal que acompaña al proceso, etc). Otros grupos, por el contrario, establecen que todos los partos, en todo momento, se pueden llevar a cabo de forma natural.

También lo hemos abordado desde un punto de vista ético, teniendo en cuenta los derechos de la madre y los derechos del recién nacido. Y esto nos hace plantearnos, desde la experiencia clínica diaria, una serie de cuestiones que mediante esta investigación queremos dar respuesta.

La primera sería, si dentro del personal sanitario, hay diferentes actitudes hacia la asistencia al parto natural. En la asistencia diaria de una consulta prenatal, hay un grado

mayor de conformidad por parte de las matronas hacia las pacientes que expresan el deseo de tener un parto natural con respecto a la opinión de los obstétricos, los cuales expresan con mayor frecuencia un rechazo. Por tanto queremos medir de manera objetiva estas apreciaciones.

Otro punto de interés que nos ha suscitado es cuantificar el grado de aceptación del parto natural por parte de la población femenina, si son conocedoras de sus procedimientos, ventajas e inconvenientes y a la par, el grado de demanda de esta modalidad de parto.

Por otro lado, nos gustaría conocer el posicionamiento ético de la población murciana con respecto al parto natural.

Así pues como hipótesis de esta investigación establecemos las siguientes:

- 1.- Existe disparidad de actitud hacia el parto natural entre la población sanitaria (ginecólogos, matronas y auxiliares adscritas a unidades materno-fetales).
- 2.- No existe una demanda importante del parto natural entre la población femenina murciana.
- 3.- En el parto natural podría existir una omisión de los derechos del recién nacido frente a la libertad de la madre y los profesionales que asisten dicho parto natural.

2.- Objetivos

Una vez establecidas las hipótesis es necesario formular unos objetivos claros para poder realizar el estudio propuesto. Estos objetivos son:

- 1.- Verificar el posicionamiento sobre el parto natural en la población sanitaria de la Comunidad Autónoma de Murcia.
- 2.- Verificar el grado de aceptación y de demanda del parto natural entre la población femenina de nuestra Comunidad.
- 3.- Comparar las diferencias existentes entre ambas poblaciones.
- 4.- Establecer el posicionamiento bioético en la asistencia al parto natural en la población femenina y en los profesionales sanitarios de nuestra Comunidad.

3.- Material y Método

En el diseño de la investigación se han tenido en cuenta los siguiente apartados:

3.1.- Muestra

En la investigación propuesta, la población la conforma la población femenina en la Región de Murcia en edad reproductiva y la población sanitaria de dicha región murciana en el año 2012.

Según el Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia³⁰¹, en el año 2012, la población murciana era de 1.474.999 habitantes, de los cuales 731.722 eran mujeres. De esa población femenina, excluyendo a las mujeres menores de 15 años y mayores de 50, la población femenina a estudio sería 333.179. El número de nacimientos en el 2012 fue de 16.541.

En cuanto a la población sanitaria se ha realizado tres subgrupos: médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia; enfermeros especialistas en Obstetricia y Neonatología (matronas) y auxiliares vinculados a unidades materno-fetales.

El número de colegiados en Ginecología y Obstetricia, según la base de datos del Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia³⁰² es de 199 y de Diplomados en Enfermería con título de matrona en el 2012 es de 208 según fuentes del Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia³⁰³. No es posible averiguar con exactitud la población de auxiliares vinculados a dichas unidades, ya que no es un puesto especializado y no presenta base de datos para el mismo.

El tamaño de la muestra es de 175 casos, de los cuales 100 corresponden a la población general y 75 a personal sanitario; entre los cuales hay gineco-obstétricas; matronas y auxiliares adscritas a unidades materno-fetales.

El método de muestreo ha sido aleatorio estratificado y las encuestas se han realizado durante el año 2012 y enero del 2013.

³⁰¹ CARM., http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_padron/p12/sec2_sec2.html. Datos consultados el 1-10-2013.

³⁰² COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MURCIA. www.commurcia.es. Consultado el 17-10-2013.

³⁰³ CARM., http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_padron/p12/sec2_sec2.html. Datos consultados el 1-10-2013.

3.2.- Instrumento de medida

En 2012 no había ninguna encuesta validada sobre el parto natural publicada y es ahora en 2014, cuando se comienza a validar encuestas en países anglosajones, Estados Unidos y Canadá³⁰⁴.

Por consiguiente, se elaboró una encuesta propia, con una primera parte de datos demográficos constituida por datos personales cerrados (edad, sexo, profesión, gravidez, paridad y así como su estado actual de embarazo) y el resto de la encuesta está formada por 30 afirmaciones estructuradas, cuantificadas, siguiendo la escala Likert, con escala de valores con cinco anclajes, que va desde muy desacuerdo a muy de acuerdo.

Las afirmaciones están formuladas bajo tres grandes pilares: un primer bloque estructurado en el conocimiento del parto natural, sus ventajas e inconvenientes; un segundo bloque sobre la aceptación y/o rechazo al parto natural y parto hospitalario y en un tercer bloque sobre los conceptos bioéticos.

3.2.1.- Validación y fiabilidad de la encuesta

La encuesta propia elaborada para llevar a cabo este proyecto, es una *encuesta descriptiva*.

Un primer *análisis* ha sido *cualitativo*, consultando a expertos sobre los datos más relevantes del parto natural y a través de la revisión y análisis de los datos disponibles en otras fuentes de información. Con ello se elaboró inicialmente un primer cuestionario, que sufrió cambios en función de este análisis cualitativo.

Este pretest se aplicó a 20 personas, estratificadas en dos subgrupos: personal sanitario y población general.

El catedrático Dr Manuel Canteras Jordana, catedrático del Departamento de Ciencias Sociosanitarias, validó los resultados del cuestionario; por tanto, también se ha realizado un análisis cuantitativo mediante un análisis discriminante y otro factorial.

El pretest obtenido del análisis cualitativo es el que se muestra a continuación:

³⁰⁴ S. VEDAM.- K. STOLL.- L. SCHUMMERS.- N. FAIRBROTHER.- M.C. KLEIN.- D. DHARAMSI.-J. ROGERS.-R. LISTON.-J. KACZOROWSKI., «The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth» en *BMC Pregnancy Childbirth* 28 (2014) 353.doi:10.1186/1471-2393-14-353.

Encuesta sobre el parto natural

Edad años
 Sexo V H
 Profesión
 Número de embarazos
 Número de partos
 Número de cesáreas
 ¿Estás embarazada?
 ¿ En qué hospital trabajas?

Valora del 1 al 5 las siguientes afirmaciones, con la siguiente escala:

1 Totalmente en contra 2 Descuerdo 3 Indiferencia 4 De acuerdo 5 Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
El parto natural es el que transcurre sin intervención médica alguna, desde su inicio hasta después del nacimiento					
El parto natural es sinónimo de parto normal					
El parto natural se puede llevar a cabo en todos los posibles partos (gemelares,podálicos...)					
En el parto natural se puede emplear anestesia epidural si la futura madre lo desea					
La distancia de la vivienda al hospital puede ser causa de imposibilidad para el parto natural					
En el parto natural se emplea medicación como oxitocina					
El parto natural permite un clima de intimidad para la futura madre mayor que el parto hospitalario					
En el parto natural, la gestante se siente responsable del parto					
La monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos					
El parto, al ser un acto involuntario,es innecesario una ayuda directa					
El enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto,como la luz excesiva					
El parto natural permite un vínculo emocional mayor entre la parturienta y su matrona que en el parto hospitalario					
Las complicaciones que pueden producirse en un parto son previsibles					
Algunas complicaciones que surjen durante el parto, necesitan de ayuda médica rápida para solucionarse					

El riesgo de muerte fetal y/o materna es una complicación infrecuente					
Los resultados materno-fetales son iguales en el parto natural que en el parto medicalizado					
En el parto natural se realizan intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de desgarros vaginales					
Dos semanas después de la fecha prevista de parto se debe acudir a un hospital para finalizar la gestación					
En el PN la matrona que acompaña a la gestante, es en última instancia, quién decide si ese parto necesita ayuda médica					
Si el sistema sanitario español incluyera en sus prestaciones, la asistencia al parto natural, te gustaría llevarlo a cabo					
Crees que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural					
Crees que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto					
Si tienes experiencia en partos hospitalarios: crees que globalmente ha sido una experiencia satisfactoria					
El parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía					
Los profesionales deben respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean					
Los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido					
Se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque ésta suponga un riesgo vital para el recién nacido					
Las instituciones sanitarias deben dar cabida a la asistencia al parto natural					
Los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido					
En algunas circunstancias, puede existir colisión en los derechos de la madre y el recién nacido					

3.2.2.- Datos obtenidos del pretest

Los datos obtenidos del pretest son los siguientes:

Varianza total explicada pretest basada en dimensiones. Si analizamos 6 dimensiones explicamos un 62,835 % de la varianza.

Componentes	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,723	18,170	18,170	6,027	16,289	16,289
2	4,541	12,273	30,443	4,248	11,482	27,770
3	3,830	10,351	40,794	3,910	10,567	38,338
4	3,132	8,465	49,259	3,268	8,831	47,169

5	2,728	7,372	56,631	3,078	8,320	55,489
6	2,295	6,204	62,835	2,718	7,346	62,835

3.2.2.a.-Estadística descriptiva

Los resultados obtenidos del empleo del pretest a las 20 personas, en cuanto a los estadísticos descriptivos son los siguientes:

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
DEFINICIÓN	3,67	1,62
GEMELAR	2,10	1,41
ANESTESIA	2,19	1,47
DISTANCIA	3,67	1,31
MEDICACIÓN	1,48	0,68
INTIMIDAD	3,57	1,20
RESPONSABILIDAD	3,76	1,17
LIBERTAD	3,33	1,56
INVOLUNTARIO	1,95	1,07
PROTECCIÓN	2,81	1,47
VÍNCULO	2,86	1,10
COMPLICACIONES	1,71	0,95
AYUDA MÉDICA	4,67	1,11
MORTALIDAD	3,29	1,05
RESULTADOS	2,48	1,03
INTERVENCIONES	3,29	1,34
TIEMPO	4,52	,060
MATRONA	3,90	1,26
PRESTACIÓN	2,10	1,26
SEGURIDAD	4,71	0,56
DECISIÓN	1,71	0,90
EXPERIENCIA	3,90	1,41
AUTONOMÍA	2,86	1,31
RESPETO	2,00	0,94
R.NACIDO	3,90	1,04
RIESGO	1,24	0,53
ASISTENCIA	2,95	1,24
LEX ARTIS	4,38	1,07
COLISIÓN	3,95	1,28

3.2.2.b.-Análisis factorial

El análisis factorial en 6 dimensiones se objetiva en la siguiente tabla adjunta:

MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS PRETEST

	1	2	3	4	5	6
Tiempo	,845				,111	
Medicación	-,715			,362	-,156	
Definición	,712		-,203	-,165	-,197	
Riesgo	-,677	,139		,108		,103
G	,659		,246	,369	,238	-,365
Edad	,634	,166	,152		,187	,213
Seguridad	,591	-,166		,156	-,327	-,288
P	,544	,377	,243	,318	,233	-,159
Resultados	-,542	,170	,490	,106		
Vínculo	-,534	,286	,451			-,269
A	,480	-,281	,461			
Autonomía	-,382	,198		,228	,138	,208
Anestesia	-,377		,374	,182	-,172	-,112
Complicaciones		,795				,235
Decisión		,704	,195		-,332	
Involuntario	-,133	,700	,144	,266		,169
Intimidad	,117	,695		-,192		-,225
Prestación	-,381	,609	,110	-,141	,257	,299
Asistencia	-,357	,586	,350			
Responsabilidad	-,414	,545	-,354	-,347		-,299
Protección		,143	,761		,137	,175
Gemelar		-,119	-,695			,182
Colisión	,113		,635	-,347		,224
Intervenciones	-,145		,631	,143		,379
Libertad	-,192		,585	,240	,500	,242
Lex Artis	,165	-,113		-,851		
EE	,126		-,137	,841		
Matrona	,260	,135	-,247	-,756	,142	,135
Distancia			,130	-,103	,734	
RN			-,145		,711	
Respeto	-,444	,165		-,144	-,657	
Ayuda	-,231	-,533			,618	
Hospital		-,239	-,268	-,227	-,423	,190
Sexo				-,197	,207	,791
CST		-,206	-,377	-,163	,123	-,580
Experiencia	,387	,420	-,197	,141	,237	-,562
Mortalidad	,427	,162		,314	-,228	,533

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización de Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

El estudio pormenorizado de las diferentes dimensiones es:

- Las afirmaciones que constituyen la primera dimensión son:
 - Tiempo: Dos semanas después de la fecha prevista de parto, se debe acudir a un hospital para finalizar la gestación.
 - Medicación: En el parto natural se emplea medicación como oxitocina.
 - Definición: El parto natural es el que transcurre sin intervención médica alguna desde su inicio hasta después del nacimiento.
 - Riesgo: Se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque ésta suponga un riesgo vital para el recién nacido.
 - Seguridad: Crees que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
 - Resultados: Los resultados materno-fetales son iguales en el parto natural que en el parto medicalizado.
 - Vínculo: El parto natural permite un vínculo emocional mayor entre la parturienta y su matrona que en el parto hospitalario.
 - Autonomía: El parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía.
 - Anestesia: En el parto natural se puede emplear anestesia epidural si la futura madre lo desea.

En esta dimensión hay factores positivos (tiempo, definición, seguridad) y negativos (medicación, riesgo, resultados, vínculo, autonomía y anestesia). Esta primera dimensión refleja *la esfera del conocimiento*, ya que son características que definen al parto natural, salvo la afirmación de seguridad.

- Los componentes de la segunda dimensión son:
 - Complicaciones: Las complicaciones que pueden producirse en un parto son previsibles.
 - Decisión: Crees que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.

- Involuntario: El parto al ser un acto involuntario, es innecesario una ayuda directa.
- Intimidad: El parto natural permite un clima de intimidad para la futura madre mayor que el parto hospitalario.
- Prestación: Si el sistema sanitario español incluyera en sus prestaciones, la asistencia al parto natural, te gustaría llevarla a cabo.
- Asistencia: Las instituciones sanitarias deben dar cabida a la asistencia al parto natural.
- Responsabilidad: En el parto natural, la gestante se siente responsable del parto.

Todos se relacionan positivamente dentro de la dimensión y se englobaría dentro de la *aceptación del parto natural*.

- La tercera dimensión está formada por las siguientes afirmaciones:
 - Protección: El enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva.
 - Gemelar: El parto natural se puede llevar a cabo en todos los posibles partos (gemelares, podálicos...).
 - Colisión: En algunas circunstancias, puede existir colisión en los derechos de la madre y el recién nacido.
 - Intervenciones: En el parto natural se realizan intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de desgarros vaginales.
 - Libertad: La monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos.

Todos se relacionan positivamente entre ellos menos gemelar. Estas características definirían las *ventajas del parto natural*.

- Los elementos que forman la quinta dimensión son:
 - Distancia: La distancia de la vivienda al hospital puede ser causa de imposibilidad para el parto natural.

- RN: Los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido.
- Respeto: Los profesionales deben respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- Ayuda: Algunas complicaciones que surgen durante el parto, necesitan de ayuda médica rápida para solucionarse.

Estos factores se enmarcarían dentro de los *inconvenientes del parto natural*.

Con este estudio factorial, desarrollamos la validez de la encuesta, es decir nos aseguramos que lo que medimos es lo que nos hemos propuesto medir; que en este caso es la aceptación, la definición, ventajas e inconvenientes del parto natural.

3.2.2.c.- Estadística analítica

Nos discrimina el 80% en la población sanitaria y un 100% en la población general en tres variables:

- Tiempo (0,209): La población sanitaria contestó anclajes de 5 y la población general anclajes más bajos (3 y 4); es decir, la población sanitaria está totalmente de acuerdo con la finalización de la gestación dos semanas después de la fecha prevista de parto, mientras que la población general muestra menos seguridad en la respuesta.
- Protección (0,001): La población sanitaria se manifestó de acuerdo con que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva. En cambio la población general se expresó en contra.
- Involuntario (0,066): En el mismo sentido que la anterior; la población sanitaria se encuentra de acuerdo con la involuntariedad del parto, por lo que es innecesario una ayuda directa y por el contrario la población general se postula en contra.

Resultados de la clasificación:

GRUPO ORIGINAL	GRUPO DE PERTENENCIA PRONOSTICADO		TOTAL
	1	2	
RECuento	1	8	10
	2	0	11
%	1	80	100
	2	0	100

Clasificados correctamente el 90.5% de los casos agrupados.

Grupo 1: Población sanitaria. Grupo 2: Población general.

En conclusión, la *encuesta está validada de forma cualitativa y cuantitativa*, así sabemos que lo que medimos es lo que queremos medir, que en este caso es saber el conocimiento, ventajas e inconvenientes del parto natural así como su aceptación.

Por otro lado, de manera transversal, damos cabida a cuestiones bioéticas. Pero además la encuesta nos permite diferenciar por los resultados a que población pertenece de las dos de referencia; la población general y la población sanitaria.

El siguiente paso ha sido aplicar la encuesta a la muestra para el análisis e interpretación posterior de los resultados obtenidos.

TEMA 2

DATOS OBTENIDOS SEGÚN POBLACIONES Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS

1.- ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN GENERAL

El tamaño muestral de la población general ha sido de 100 mujeres, con una media de edad de 36,87 años (16–50 años), el 54 % con estudios primarios y el 46 % con estudios universitarios.

El tratamiento estadístico ha sido realizado por el catedrático de Bioestadística, Profesor D Manuel Canteras Jordana, de la Universidad de Murcia. Para el estudio de los datos se ha aplicado estadística descriptiva de cada variable, determinando la distribución de frecuencias y un análisis factorial para determinar las distintas dimensiones que podrían explicar las respuestas del cuestionario.

Posteriormente hemos realizado un estudio de relación de las variables a través de varios estadísticos: el test T de Student para medias, el coeficiente de Correlación de Pearson, para estudio de relación lineal entre variables cuantitativas. También hemos aplicado los test de Diferencia Significativa Mínima (DSM) de Fisher y de Boferroni para comparaciones múltiples.

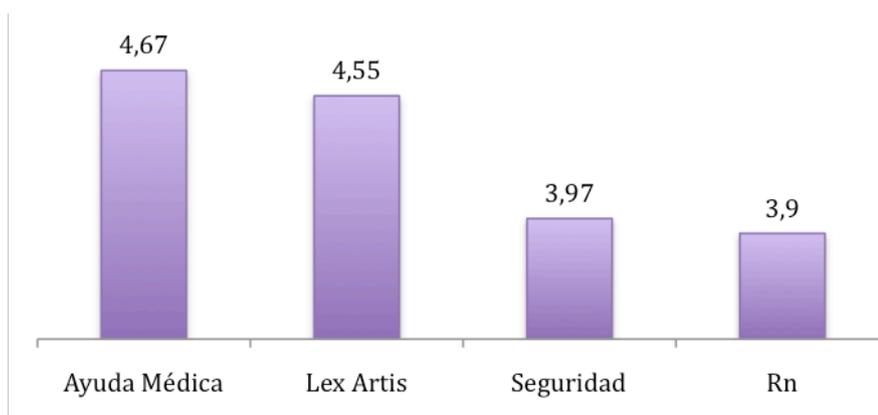
1.1.- Análisis descriptivo

La media y desviación típica para cada descriptivo estudiado en la encuesta, se refleja en la tabla adjunta. Los significados de las palabras claves están en el anexo de la investigación.

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
DEFINICIÓN	3,25	1,56
NORMAL	2,98	1,56
GEMELAR	3,03	1,32
ANESTESIA	3,32	1,61
DISTANCIA	2,33	1,25

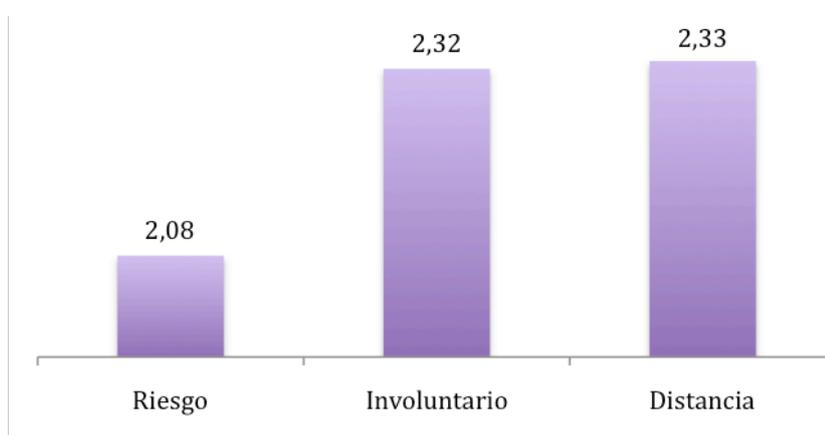
MEDICACIÓN	2,65	1,42
INTIMIDAD	3,25	1,27
RESPONSABILIDAD	3,55	1,21
LIBERTAD	3,05	0,99
INVOLUNTARIO	2,32	1,26
PROTECCIÓN	2,70	1,04
VÍNCULO	3,20	1,33
COMPLICACIONES	3,20	1,40
AYUDA MÉDICA	4,67	0,60
MORTALIDAD	3,35	1,21
RESULTADOS	3,20	1,00
INTERVENCIONES	3,22	1,20
TIEMPO	3,72	1,35
MATRONA	3,62	1,27
PRESTACIÓN	2,93	1,31
SEGURIDAD	3,97	1,26
DECISIÓN	2,55	1,25
EXPERIENCIA	3,72	1,19
AUTONOMÍA	3,15	1,13
RESPETO	3,10	1,32
RECIÉN NACIDO	3,90	1,17
RIESGO	2,08	1,30
ASISTENCIA	3,43	1,09
LEX ARTIS	4,55	0,89
COLISIÓN	3,68	1,04

Las proposiciones valoradas más positivamente, estando en posición más de acuerdo son:



- La afirmación más valorada de la encuesta por la población femenina murciana ha sido, que algunas complicaciones que surgen durante el parto, necesitan de ayuda médica rápida para solucionarse, con una media de puntuación de 4,67 (recordemos aquí, que el máximo es de 5).
- La segunda más valorada es, que los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido. Esta variable ha tenido una puntuación media de 4,55.

Las proposiciones menos valoradas, mostrando una postura en contra han sido:



- La afirmación menos puntuada ha sido, que se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque ésta suponga un riesgo vital para el recién nacido. La puntuación media obtenida ha sido de 2,08.
- La segunda menos valorada es la afirmación que el parto, al ser un acto involuntario, es innecesario una ayuda directa. En este caso la puntuación media obtenida del análisis es de 2,32.

Este análisis descriptivo nos hace un mapa visual sobre cual va ser el *posicionamiento de la población general* con respecto a la asistencia al parto, entendiendo que, *a veces un parto puede precisar ayuda médica rápida, a la luz de la evidencia científica y opinando que es más seguro el parto hospitalario que el parto natural.* Y dos afirmaciones de bioética han sido resaltadas; que *los derechos del recién nacido deben ser respetados al igual que los de la madre* y por otro lado, *no se debe respetar cualquier decisión de la gestante, incluido si esta supone un riesgo vital para el recién nacido.*

1.2.- Análisis factorial

Para el estudio factorial se ha tenido en cuenta 60 casos (aquellas que han contestado todas las preguntas del cuestionario, incluyendo si tiene experiencia en partos hospitalarios).

La edad media ha sido de 35,22 años; de las encuestadas, 17 estaban embarazadas en el momento de contestar la encuesta, que supone un 28,33 %.

Estableciendo 6 dimensiones se explica un 52,53 % de la varianza total.

Componentes	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,454	13,919	13,919	3,813	11,915	11,915
2	3,818	11,930	25,850	3,411	10,659	22,574
3	2,821	8,815	34,665	3,095	9,673	32,247
4	2,217	6,928	41,593	2,659	8,308	40,555
5	1,941	6,067	47,659	2,033	6,354	46,909
6	1,559	4,873	52,533	1,799	5,623	52,53

Matriz de componentes rotados. Población General

	1	2	3	4	5	6
Prestación	,778			,155	,208	-,187
Riesgo	,716			,104	-,331	
Respeto	,698	-,120				,104
Asistencia	,616					-,136
Protección	,570	-,124	,274	,334	-,232	
Decisión	,532	-,179				,318
RN	,508	,135		-,157	,252	,127
Autonomía	,470	,365	-,103	,218	,231	-,232
Experiencia		,700	-,152		-,207	
Tiempo		,690				-,187
Seguridad	-,262	,650	,242	-,172		
Ayuda Médica		,609			,157	,259
Lex Artis	-,201	,567			,340	,144
Matrona	,234	,545	,123			
Colisión	,191	,471		-,175	-,158	,385
Medicación	-,128		,756		-,112	
Intervenciones		,176	,752	-,282	,134	
Anestesia			,746	-,252	,148	,181

Normal		,175	,539	,337	,305	
Complicaciones	,151	-,188	,510	,360		
Resultados	,261	,369	,399		,143	-,237
Responsabilidad		-,101		,775	-,150	,358
Definición				,684	,129	
Intimidad	,255	-,199	-,177	,602	,125	,124
Vínculo	,313		,321	,386	-,150	,239
Edad	-,415				-,665	-,160
Embarazo	-,122		,305		,649	-,125
Mortalidad		-,431		,289	,490	-,177
Libertad			,194	,171		,701
Gemelar		,103	,399	,383	,104	-,440
Distancia	-,141	,192	,149	,199	-,234	,331
Involuntario	-,143	,166	,157	-,228	-,258	-,328

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización de Varimax con Kaiser. a. La iteración ha convergido en 14 iteraciones.

De las seis dimensiones extraídas vamos a hacer un estudio pormenorizado de tres de ellas; la primera, segunda y cuarta dimensión, las cuales son necesarias para intentar dar luz a nuestras hipótesis planteadas. Este estudio de la población general es el siguiente:

A.- Primera dimensión

Los componentes de esta primera dimensión han sido los siguientes:

- **Prestación:** Si el sistema sanitario español incluyera en sus prestaciones, la asistencia al parto natural, te gustaría llevarla a cabo.
- **Riesgo:** Se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque esta suponga un riesgo vital para el recién nacido.
- **Respeto:** Los profesionales deben respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- **Asistencia:** Las instituciones sanitarias deben dar cabida a la asistencia al parto natural.
- **Protección:** El enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva.
- **Decisión:** Crees que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.

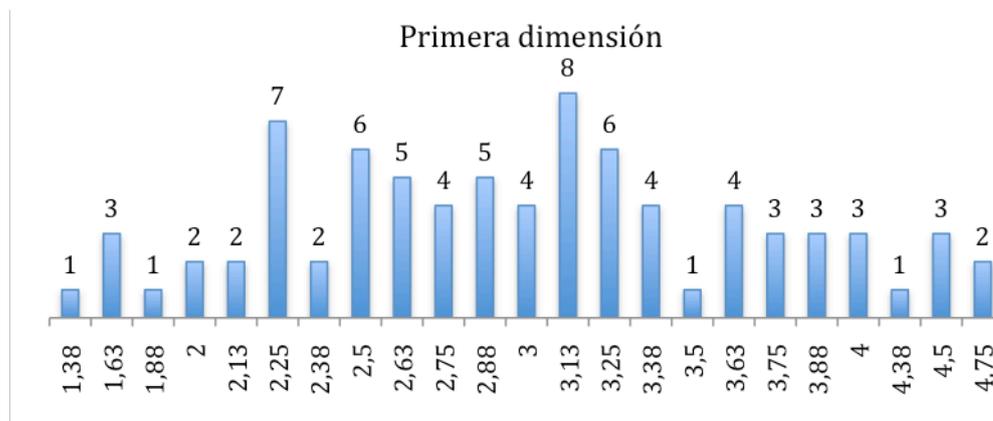
- Recién nacido: Los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido.
- Autonomía: El parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía.

Todos los componentes dentro de esta dimensión presentan una relación positiva entre ellos (datos obtenidos de la matriz de componentes rotados).

Los valores descriptivos de esta dimensión son:

	Media	DT
Prestación	2,93	1,31
Riesgo	2,08	1,36
Respeto	3,10	1,32
Asistencia	3,43	1,09
Protección	2,70	1,04
Decisión	2,55	1,25
Recién nacido	3,90	1,17
Autonomía	3,15	1,13

La *media de esta dimensión*, en la cual se han basado en 80 encuestas contestadas, ha sido de *3,01 con desviación típica de 0,75*. El histograma de esta dimensión es el siguiente:

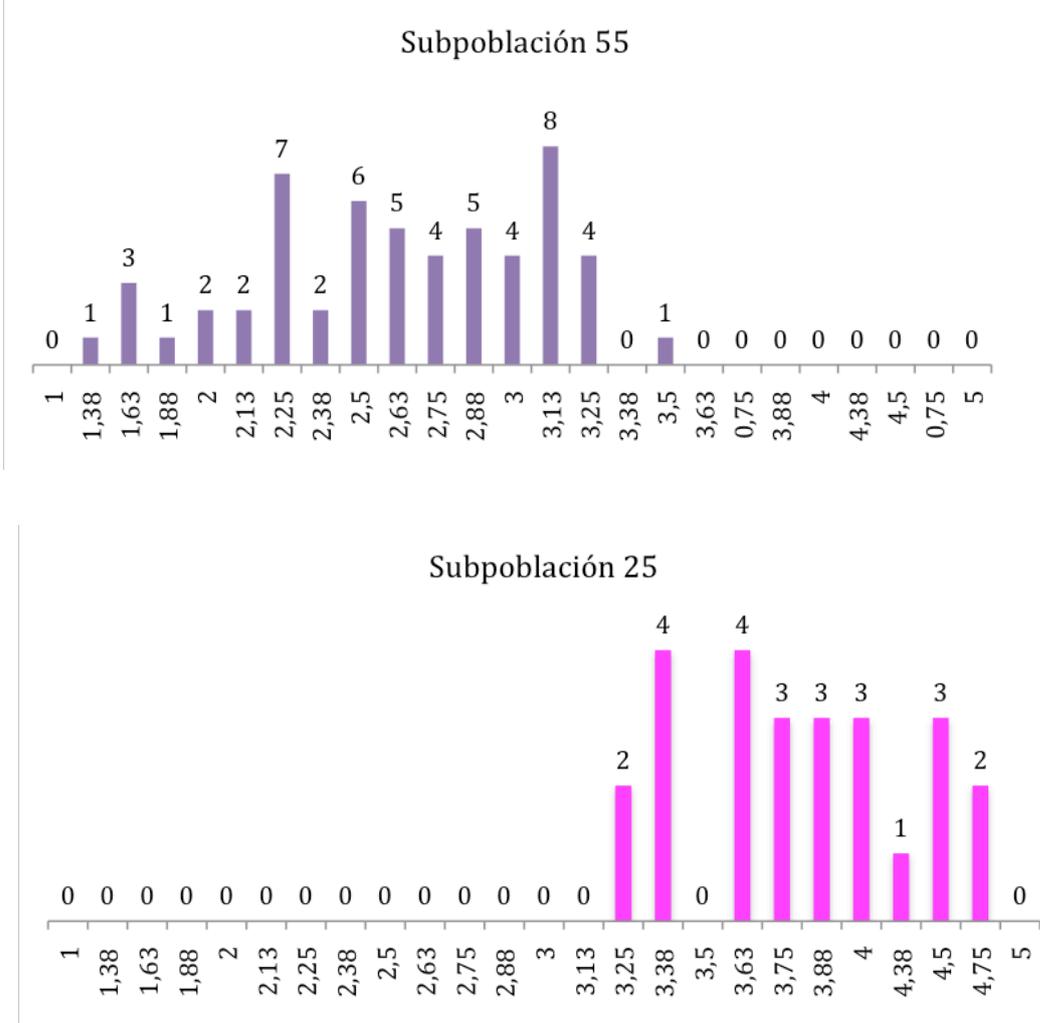


Se atisban dos sub-poblaciones, con proximidad entre ellas, por lo que se realiza un estudio posterior que objetiva, dos poblaciones con diferencia estadísticamente significativa entre ellas:

- Población 1: Subpoblación de 55 casos, donde han contestado valores bajos a todas las preguntas. Media sub-poblacional de 2,61 y con desviación típica de 0,48.
- Población 2: Formada por 25 casos, donde los valores de anclaje han sido más altos; con una media de 3,87 y una desviación típica de 0,45. A esta población le denominaremos subpoblación 25.

Para cada factor, de forma independiente, hay diferencias significativas entre las dos sub-poblaciones, analizado a través de la prueba de Levene (para comprobar si las dos subpoblaciones tienen la misma varianza) y así poder emplear la t de igualdad de medias.

Los histogramas para cada población son:



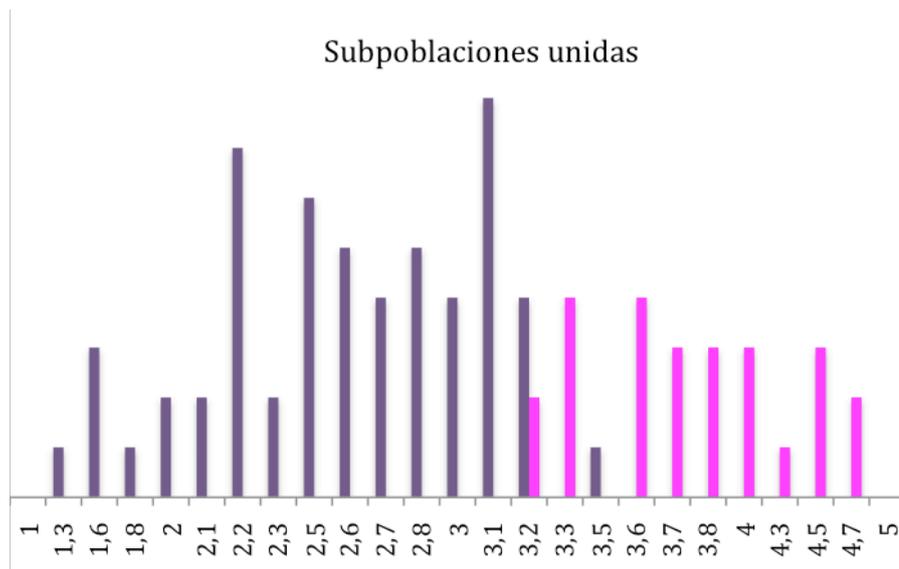


Tabla que muestra la independencia para cada factor de las dos subpoblaciones:

Prueba de muestras independientes									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Aceptación	,227	,635	-	78	,000	-1,25409	,11571	-1,48444	-1,02374
			10,839	49,146	,000	-1,25409	,11312	-1,48140	-1,02679
Prestación	1,778	,186	-6,928	78	,000	-1,742	,251	-2,242	-1,241
			-7,299	52,943	,000	-1,742	,239	-2,220	-1,263
Riesgo	14,468	,000	-6,201	78	,000	-1,640	,264	-2,166	-1,114
			-5,217	32,569	,000	-1,640	,314	-2,280	-1,000
Respeto	4,456	,038	-7,830	78	,000	-1,905	,243	-2,390	-1,421
			-8,725	61,065	,000	-1,905	,218	-2,342	-1,469
Asistencia	2,654	,107	-4,212	78	,000	-1,025	,243	-1,510	-,541
			-4,742	62,661	,000	-1,025	,216	-1,458	-,593
Protección	,656	,420	-3,861	78	,000	-,971	,251	-1,472	-,470

			-3,991	50,450	,000	-,971	,243	-1,459	-,482
Decisión	1,398	,241	-2,980	78	,004	-,865	,290	-1,444	-,287
			-2,893	43,394	,006	-,865	,299	-1,468	-,262
RN	8,930	,004	-4,089	78	,000	-1,062	,260	-1,579	-,545
			-4,830	70,013	,000	-1,062	,220	-1,500	-,623
Autonomía	2,395	,126	-3,238	78	,002	-,822	,254	-1,327	-,317
			-3,797	68,904	,000	-,822	,216	-1,254	-,390

Así pues hemos analizado que hay dos subpoblaciones independientes entre ellas; ahora veamos las medias y desviación típica para cada uno de los factores de estas dos poblaciones estudiadas en la siguiente tabla:

	Media		Media sub55		Media sub25	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Prestación	2,93	1,31	2,42	1,08	4,16	0,94
Riesgo	2,08	1,30	1,60	0,89	3,24	1,45
Respeto	3,10	1,32	2,45	1,08	4,36	0,81
Asistencia	3,43	1,09	3,25	1,09	4,28	0,79
Protección	2,70	1,04	2,31	1,06	3,28	0,98
Decisión	2,55	1,25	2,25	1,17	3,12	1,26
Recién nacido	3,90	1,17	3,62	1,19	4,68	0,74
Autonomía	3,15	1,13	3,02	1,16	3,84	,074

Los datos que se desprenden del análisis son los siguientes:

- *A dos tercios de la población general, el 68,75%, no les gustaría llevar a cabo un parto natural, si se incluyera en las prestaciones del sistema sanitario español. La puntuación media para esta afirmación es de 2,42. En yuxtaposición, un 31,25% de la población les gustaría llevarlo a cabo, con una media poblacional de 4,16.*

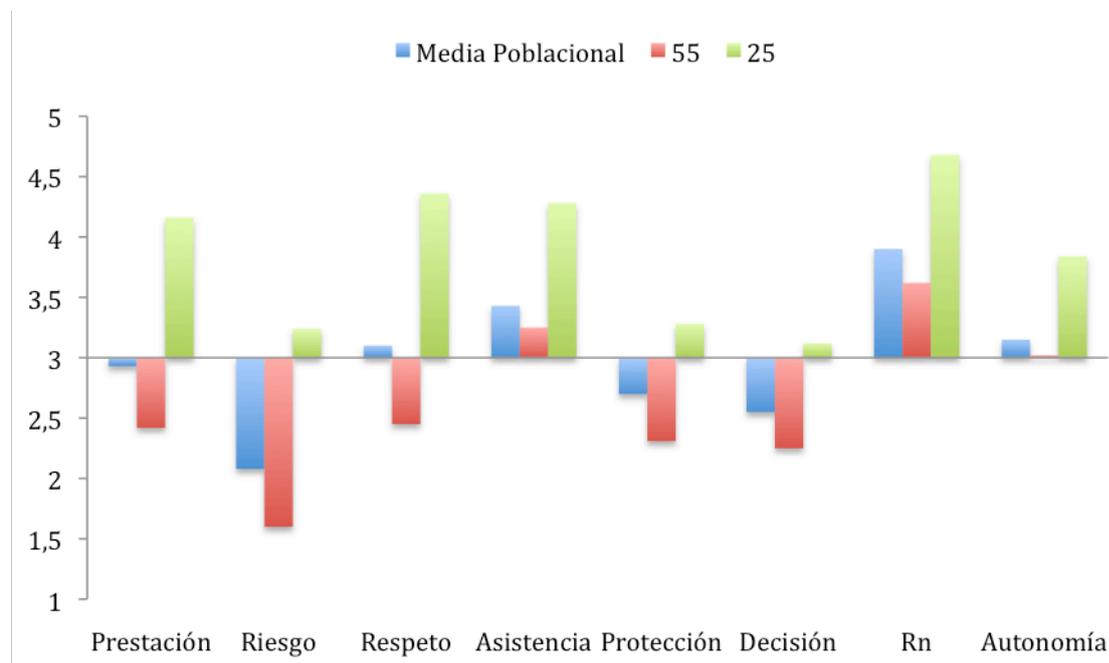
- La población general considera que no se debe respetar la decisión de la gestante, incluido si esta decisión supone un riesgo vital para el recién nacido. La media poblacional del 68,75 % ha sido 1,60. Ligera aprobación de la afirmación por parte de la subpoblación minoritaria, entendiendo que se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque ésta suponga un riesgo vital para el recién nacido. La media para esta parte poblacional es de 3,24. En esta aseveración hay gran discrepancia entre ambas poblaciones.
- Un tercio de la población general se muestra muy partidaria que los profesionales deban respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean. En el tercio de la población (subpoblación 25), este factor ha obtenido una puntuación media de 4,36. En contraposición, la población mayoritaria se muestra en contra de esta afirmación. La puntuación media obtenida para esta aseveración es de 2,45 para los dos tercios poblacionales.
- Hay un postura mayoritaria de indiferencia con respecto a la afirmación de si deben dar cabida las instituciones sanitarias a la asistencia al parto. La media en los dos tercios poblacionales ha sido de 3,25. Al contrario, ese 31,25% poblacional muestra un posicionamiento muy activo hacia esta afirmación, es decir, quieren que se incluya en la cartera de servicios, con una media de puntuación de 4,28.
- La población mayoritariamente, considera que la futura madre no dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto, pues la puntuación ha sido de 2,25. Aunque con diferencia significativamente estadística, el aumento de puntuación del tercio poblacional restante no es muy abultado, ya que su puntuación es de 3,12.
- Ambas subpoblaciones consideran que los derechos del recién nacido deben ser respetados de igual manera que los de la madre. Puntuaciones medias de 3,02 y 4,68 para la población mayoritaria y para el tercio de población restante respectivamente.
- El grupo poblacional pequeño entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, con una puntuación media de 3,84.

Así pues, la opinión de la población femenina murciana se divide en dos grupos; uno mayoritario, que representa dos tercios poblacionales, que opina que no les gustaría llevar

a cabo un parto natural y que los profesionales sanitarios no deben respetar siempre las decisiones de la gestante para con su parto, incluido si supone un riesgo para el recién nacido. No consideran a la futura madre con la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto. Muestran indiferencia a la hora de incluir esta modalidad de parto en la cartera de servicios.

Por otro lado, con diferencias significativas para todas las respuestas, hay un grupo poblacional que representa un tercio, que son muy activas para el parto natural. Consideran que debe incluirse en la cartera de servicios, y si estuviera dentro de la misma, les gustaría llevarlo a cabo. Consideran que los profesionales sanitarios deben respetar cualquier decisión de la madre, incluidas aquellas que supone un riesgo para el futuro recién nacido.

El gráfico siguiente refleja las medias de la población en su conjunto y las medias de las dos subpoblaciones:



A.1.- Estudio de las relaciones de las afirmaciones de esta dimensión con otras proposiciones

La relación de los factores de la primera dimensión con otros estadísticos de otras dimensiones son:

1. *Relación positiva:* Las relaciones positivas que se han analizado, se han extraído de la matriz de componente rotados. Hemos analizado todas las variables que se relacionan con factor positivo con cualquiera de las variables de la primera dimensión. Estas relaciones se han sometido al estudio de tablas de correlación y el análisis del coeficiente de Pearson. La tabla adjunta releja las tablas de correlación. Las relaciones significativas se han resaltado.

		Matrona	Colisión	Complica ciones	Resultados	Intimidación	Vínculo
Prestación	C Pearson	-,032	-,114	,183	,118	,147	,129
	Sig (Bilateral)	,758	,271	,075	,258	,154	,209
Riesgo	C Pearson	,178	,321	,073	,188	,183	,182
	Sig (Bilateral)	,084	,001	,472	,068	,072	,071
Respeto	C Pearson	,075	,154	,058	,056	,246	,255
	Sig (Bilateral)	,470	,134	,573	,593	,015	,011
Asistencia	C Pearson	,047	,074	,086	,170	,087	,146
	Sig (Bilateral)	,652	,472	,401	,099	,397	,151
Protección	C Pearson	-,037	,194	,206	,110	,290	,321
	Sig (Bilateral)	,734	,070	,053	,315	,006	,002
Decisión	C Pearson	,114	-,013	,180	-,031	,092	,261
	Sig (Bilateral)	,274	,900	,078	,769	,085	,009
Rn	C Pearson	,061	,019	,134	,006	,042	,120
	Sig (Bilateral)	,557	,854	,188	,952	,678	,236
Autonomía	C Pearson	,200	-,084	,071	,052	,057	-,021
	Sig (Bilateral)	,063	,436	,507	,630	,596	,845

2. *Relación inversa:* Análisis de cualquier variable de la dimensión primera con factor negativo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson.

		Seguridad	Lex artis	Medicación	Edad
Prestación	C Pearson	-,258	-,110	,034	-,242
	Sig (Bilateral)	,012	,286	,750	,017
Riesgo	C Pearson	-,032	-,189	-,146	,061
	Sig (Bilateral)	,759	,063	,172	,546
Respeto	C Pearson	-,195	-,150	-,032	-,121
	Sig (Bilateral)	,058	,143	,769	,235
Asistencia	C Pearson	-,179	,108	-,032	-,121
	Sig (Bilateral)	,079	,143	,769	,235

Protección	C Pearson	-,165	-,112	,269	-,230
	Sig (Bilateral)	,129	,298	,013	,030
Decisión	C Pearson	-,205	-,154	,016	-,259
	Sig (Bilateral)	,048	,131	,881	,010
Rn	C Pearson	,008	,124	-,091	-,149
	Sig (Bilateral)	,938	,223	,398	,142
Autonomía	C Pearson	,505	,180	-,099	-,099
	Sig (Bilateral)	,000	,089	,375	,354

		Embarazo	Distancia	Involuntario
Prestación	C Pearson	,032	-,010	-,003
	Sig (Bilateral)	,756	,920	,979
Riesgo	C Pearson	-,201	-,042	-,073
	Sig (Bilateral)	,046	,683	,479
Respeto	C Pearson	-,043	-,155	-,029
	Sig (Bilateral)	,673	,127	,779
Asistencia	C Pearson	-,022	,084	,064
	Sig (Bilateral)	,827	,408	,535
Protección	C Pearson	,054	,105	-,027
	Sig (Bilateral)	,616	,326	,806
Decisión	C Pearson	,053	,086	,095
	Sig (Bilateral)	,605	,401	,363
Rn	C Pearson	,099	,096	-,036
	Sig (Bilateral)	,328	,344	,726
Autonomía	C Pearson	,104	-,011	-,122
	Sig (Bilateral)	,330	,918	,263

Las variables que *tienen relación significativa estadísticamente entre ellas* son las siguientes:

Relación directa :

- Riesgo con colisión: Esta relación sitúa que, aquellas personas de la población general que piensan que ha de respetarse cualquier decisión de la gestante, incluso si esta supone un riesgo vital para el recién nacido, también consideran que pueden existir circunstancias de colisión en los derechos de la madre y del recién nacido.
- Respeto con intimidad y vínculo. Esto significa que aquellas que se posicionan de acuerdo a que los profesionales deban respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, también están de acuerdo con que el parto natural proporciona un

clima de intimidad para la futura madre y mayor vínculo emocional entre la misma y su matrona con respecto al parto hospitalario.

- Protección con intimidad y vínculo. Al igual que la anterior relación, estas preguntas incluidas dentro de las ventajas del parto natural (que más adelante serán objeto de desarrollo), se relacionan también con la protección, que es un factor que establece una visión del mismo entendiéndolo como una no perturbación del parto.
- Decisión con vínculo. Aquellas personas que consideran a la futura madre capacitada para decidir todas las circunstancias que involucran su parto, también se muestran favorables a que, el parto natural permite un vínculo mayor con su matrona que en el parto hospitalario.

Estas relaciones significativas estudiadas entre las variables, dan contenido al subgrupo minoritario poblacional. *Este subgrupo poblacional entiende y comprende que pueden existir circunstancias que colisionan los derechos de la madre y del recién nacido, pero que ha de respetarse la decisión de la madre. También son conocedoras de las posibles ventajas del parto natural en cuanto a la intimidad y vínculo con su matrona.*

Las relaciones inversas estadísticamente significativas son:

- Prestación con seguridad y edad. A mayor edad presenta una relación con un menor deseo de prestación por parte del sistema sanitario español que incluya el parto natural.
- Riesgo con embarazo. Las embarazadas creen que se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque ésta suponga un riesgo vital para el recién nacido ($p < 0,05$) Se objetiva en la siguiente tabla de contingencia.

	Riesgo < 5	Riesgo 5	TOTAL
Embarazo 0	61	10	71
Residuos corregidos		2,1	
Embarazo 1	28	0	28
Frecuencia esperada			99
			$X^2 = 4,41$ $p < 0.05$

- Protección con medicación y edad. A mayor edad se cree menos que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva.
- Decisión con seguridad y edad. Una mayor edad se correlaciona negativamente con la creencia en la capacidad de decidir por si misma en todas las circunstancias que involucran al parto.

A.2.- Análisis de los datos obtenidos

Las afirmaciones que se han agrupado en esta primera dimensión giran en torno a un eje, que es el *protagonismo de la madre*: las afirmaciones de riesgo (respeto a cualquier decisión incluido un riesgo vital al recién nacido), respeto (respeto a cualquier decisión de la madre en su plan de parto), decisión (capacidad de decisión sobre todas las circunstancias), recién nacido (los derechos de la madres deben ser respetados igual que los del recién nacido) y autonomía (el parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía) van en esta dirección; sobre el eje de la capacidad de decisión y respeto a la madre sobre su parto.

Junto a este protagonismo materno, esta dimensión también abarca la *demanda* del parto natural por parte de la población, reflejada en dos variables importantes como son la prestación (si llevaría a cabo un parto natural si estuviese incluido en las prestaciones sanitarias) y la asistencia (las instituciones sanitarias deben dar asistencia al parto natural). La demanda va más allá del conocimiento global del parto natural, pues además de entender sus características y consecuencias, también implica el deseo de llevarlo a cabo.

Entendemos el término “aceptación”, como consideración generalizada de que algo es bueno o válido y la admisión o conformidad con una cosa propuesta por otro.

Esto nos hace concluir que los matices existentes en la primera dimensión analizada se pueden englobar en el término de *aceptación del parto natural* puesto que incluye el enfoque del parto natural como un eje protagonista de la madre, conoce sus riesgos y posibles consecuencias y por último da conformidad a poder realizarlo, pues abarca el deseo de llevarlo a cabo.

El posicionamiento para esta dimensión es lineal, puede ser positivo o negativo, es decir, acepta el parto natural o no lo acepta.

Tras el análisis de los datos obtenidos de la muestra, podemos concluir que el *parto natural no goza de aceptación mayoritaria entre la población femenina y no supone una demanda social generalizada para llevarlo a cabo, aunque sí existe un grupo pequeño de esa población femenina, minoritario, con un posicionamiento activo a favor del parto natural.*

La población femenina murciana, mayoritariamente considera:

- A. Que no les gustaría llevar a cabo la asistencia de su parto en un modelo de parto natural, si el sistema sanitario español lo incluyera en sus prestaciones.
- B. No consideran que la futura madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- C. Se muestran en contra de que los profesionales sanitarios deban respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean; al igual que no se debe respetar cualquier decisión de la gestante, incluida si esta supone un riesgo vital para el recién nacido.
- D. Consideran que los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido.

En contraposición, un tercio poblacional, denominado en la investigación como población sub25, que corresponde al 31,25% poblacional, entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, expresando:

- A. Que se debe respetar por parte de los profesionales las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- B. Además se muestran partidarias que el sistema sanitario tenga en sus prestaciones el parto natural y si se incluyeran, les gustaría llevarlas a cabo.
- C. Creen que las gestantes disponen de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- D. Consideran que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que lo perturbe.
- E. Esta *subpoblación* no solo tiene una *actitud positiva* hacia el parto natural sino se convierte en una *exigencia* para las instituciones con valores de anclaje altos para las variables de incorporación a la cartera de servicios del parto natural (la media de la población sub25 para la variable asistencia es de 4,28) y para llevarlo a cabo

si esto sucediera (la media para la variable prestación de la población sub25 es de 4,16).

Con respecto a necesidad de incorporación del parto natural a la cartera de servicios, la población femenina murciana de forma mayoritaria, muestra una indiferencia ya que la media de la variable asistencia para la subpoblación mayoritaria es de 3,25, esto significa que se *muestra respetuosa* con posturas diferentes a la generalidad, ya que la población mayoritaria muestra rechazo a llevar a cabo un parto natural si incluyese dentro del sistema sanitario español (la media del factor prestación es de 2,42 en la sub55). *Es decir, la población mayoritariamente no desea llevar a cabo un parto natural, pero se muestra respetuosa que forme parte de la cartera de servicios asistenciales.*

Las conclusiones al relacionar las distintas variables son las siguientes:

1. El grupo poblacional que se muestra más favorable con el parto natural, la subpoblación 25, también se posiciona más de acuerdo con las ventajas del parto natural, sobre todo, intimidad y vínculo. Este tercio poblacional, ha obtenido medias para la variable protección de 3,28; para la variable respeto de 4,36; y para la variable decisión de 3,12. Hemos estudiado que se relacionan positivamente respeto con intimidad y vínculo; protección con intimidad y vínculo y finalmente decisión con vínculo.

Esto significa que aquellas personas de la población general que consideran el parto natural como método válido de parto, significativamente se relacionan con las ventajas del parto natural.

2. En este mismo sentido, el tercio poblacional, esta subpoblación 25, *defensoras del parto natural, creen que cuando hay una colisión entre los derechos, se debe respetar los de la madre, aunque suponga un riesgo fetal.* Esta relación está muy de acuerdo con la ética principalista, como ya hemos explicado previamente en la parte teórica.
3. De estas relaciones se *desprende que este grupo poblacional, está bien formado sobre el parto natural, sabe sus ventajas, conoce la ética que atañe a dicho parto y sus riesgos y muestra un posicionamiento activo y demandante a las instituciones*

sanitarias. En nuestra investigación esta subpoblación representa un tercio de la población general.

B.-Segunda dimensión

Las afirmaciones que constituyen esta segunda dimensión son:

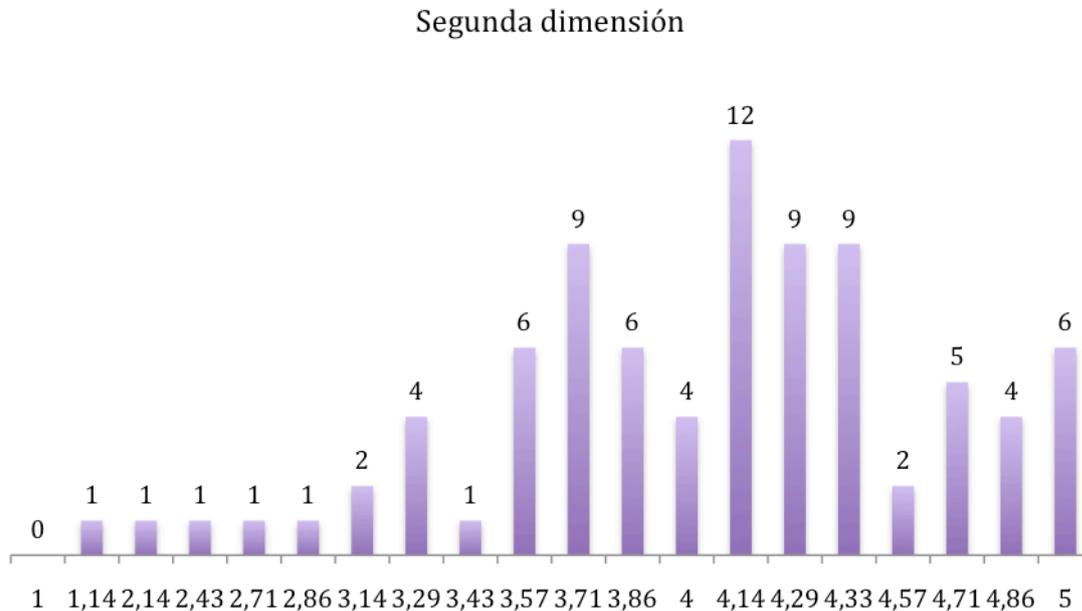
- Experiencia: Si tienes experiencia en partos hospitalarios, crees que globalmente ha sido una experiencia satisfactoria.
- Tiempo: Dos semanas después de la fecha prevista de parto se debe acudir a un hospital para finalizar la gestación.
- Seguridad: Crees que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
- Ayuda Médica: Algunas complicaciones que surgen en el parto, necesitan de ayuda médica rápida para solucionarse.
- Lex artis: Los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido.
- Matrona: En el parto natural, la matrona que acompaña a la gestante, es en última instancia, quién decide si ese parto necesita ayuda médica.
- Colisión: En algunas circunstancias, puede existir colisión en los derechos de la madre y el recién nacido.

Todas las afirmaciones de esta dimensión tienen una *relación positiva* dentro de la misma, tal y como refleja la matriz de componentes rotados.

Los estadísticos descriptivos de esta dimensión son:

	Media
Experiencia	3,86
Tiempo	3,70
Seguridad	4,17
Ayuda médica	4,64
Lex Artis	4,56
Matrona	3,66
Colisión	3,56

En esta dimensión se han tenido 84 casos, perdiendo 16. *La media para esta dimensión ha sido de 4,03 con una desviación típica de 0,67.*



Los datos obtenidos de esta dimensión son:

- La población aprueba la aseveración que algunas complicaciones que surgen en el parto, necesitan de ayuda médica rápida para solucionarse, con una media de puntuación de 4,64; que supone la aseveración mejor valorada de la encuesta.
- La población general valora muy positivamente que los profesionales deban emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido. La puntuación media para esta afirmación ha sido de 4,56.
- Consideran globalmente que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural. La media para esta afirmación es de 4,17.
- De las personas que han tenido un parto hospitalario, globalmente ha sido una experiencia positiva. Es valorada positivamente, con una media de 3,86.
- Las encuestadas de forma global entienden que dos semanas después de la fecha prevista de parto se debe acudir a un hospital para finalizar la gestación. La media ha sido de 3,70.

- Se muestran de acuerdo con la proposición de que en el parto natural, la matrona que acompaña a la gestante, es en última instancia, quién decide si ese parto necesita ayuda médica. La valoración media ha sido de 3,66.
- Por último, entienden que en algunas circunstancias, puede existir colisión en los derechos de la madre y el recién nacido, con una valoración de 3,56.

B.1.- Estudio de las relaciones de las afirmaciones de esta dimensión con otras proposiciones

El análisis estadístico de correlación con la primera dimensión de la aceptación del parto natural, muestra que *globalmente, como dimensión, no tiene relación significativa con cada uno de los componentes de esta segunda dimensión.*

Estudio de correlación de aceptación como unidad frente a los componentes de esta segunda dimensión; datos obtenidos por el coeficiente de correlación de Pearson:

		Expe- riencia	Tpo	Seguir- dad	Ayuda Médica	Lex Artis	Matrona	Coli- sión
Aceptación	C Pearson	-,088	-,046	-,212	,082	-,106	,164	,139
	Sig (Bilateral)	,455	,686	,060	0,460	,350	,152	,218

1. Correlación directa de las variables de la segunda dimensión con el resto de variables. Datos obtenidos de la matriz de componentes rotados según su relación positiva con el resto de variables de las otras dimensiones. Posteriormente se han analizado por el coeficiente de correlación de Pearson. Las relaciones significativamente estadísticas se han remarcado. Los datos se reflejan en las siguientes tablas:

		Respeto	Protección	Decisión	Complicaciones
Experiencia	C Pearson	-,024	-,143	-,096	-,181
	Sig (Bilateral)	,032	,119	,364	,086
Tiempo	C Pearson	-,075	-,046	-,043	-,091
	Sig (Bilateral)	,467	,670	,676	,374
Seguridad	C Pearson	-,195	-,165	-,205	-,165
	Sig (Bilateral)	,058	,129	,045	,108

Ayuda Médica	C Pearson	-,060	-,084	-,193	,056
	Sig (Bilateral)	,555	,436	,057	,964
Lex Artis	C Pearson	-,150	-,112	-,154	,037
	Sig (Bilateral)	,143	,298	,131	,721
Matrona	C Pearson	,075	-,112	-,154	,037
	Sig (Bilateral)	,143	,298	,131	,721
Colisión	C Pearson	,154	,194	-,013	-,097
	Sig (Bilateral)	,134	,070	,900	,345

		Responsabilidad	Intimidad	Mortalidad
Experiencia	C Pearson	-,052	-,189	-,196
	Sig (Bilateral)	,629	,073	,065
Tiempo	C Pearson	-,117	-,079	-,051
	Sig (Bilateral)	,257	,443	,625
Seguridad	C Pearson	-,117	-,318	-,111
	Sig (Bilateral)	,261	,002	,288
Ayuda Médica	C Pearson	,063	-,004	-,043
	Sig (Bilateral)	,537	,966	,679
Lex Artis	C Pearson	-,065	-,130	-,118
	Sig (Bilateral)	,528	,203	,254
Matrona	C Pearson	-,079	,115	-,026
	Sig (Bilateral)	,452	,271	,803
Colisión	C Pearson	-,015	,124	-,041
	Sig (Bilateral)	,889	,230	,695

2. Relación inversa: Análisis de cualquier variable de la segunda dimensión con factor negativo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. También se han resaltado aquellas relaciones estadísticamente significativas. El estudio de correlación se refleja en las tablas adjuntas:

		Recién Nacido	Autonomía	Intervenciones	Normal
Experiencia	C Pearson	,087	,019	-,101	-,043
	Sig (Bilateral)	,411	,282	,325	,687
Tiempo	C Pearson	-,020	,217	,006	-,002
	Sig (Bilateral)	,845	,041	,955	,982
Seguridad	C Pearson	,008	,116	,309	,058
	Sig (Bilateral)	,938	,277	,004	,579
Ayuda Médica	C Pearson	,042	,154	-,012	-,033
	Sig (Bilateral)	,688	,148	,908	,747
Lex Artis	C Pearson	,124	,180	,038	,051
	Sig (Bilateral)	,223	,089	,726	,625
Matrona	C Pearson	,061	,200	,162	,080
	Sig (Bilateral)	,557	,063	,126	,449

Colisión	C Pearson	,019	-,084	,019	-,038
	Sig (Bilateral)	,853	,436	,860	,716
		Resultados	Gemelar	Distancia	Involuntario
Experiencia	C Pearson	,224	,063	,132	,002
	Sig (Bilateral)	,036	,557	,209	,985
Tiempo	C Pearson	,123	,021	,071	,051
	Sig (Bilateral)	,239	,842	,487	,620
Seguridad	C Pearson	,160	-,026	,087	,016
	Sig (Bilateral)	,270	,803	,396	,876
Ayuda Médica	C Pearson	,035	,000	,037	-,189
	Sig (Bilateral)	,734	,996	,712	,065
Lex Artis	C Pearson	,084	-,051	,195	-,136
	Sig (Bilateral)	,496	,624	,054	,191
Matrona	C Pearson	,101	,093	,091	,014
	Sig (Bilateral)	,349	,375	,379	,896
Colisión	C Pearson	,054	,071	,102	-,033
	Sig (Bilateral)	,606	,492	,318	,756

Las afirmaciones de la segunda dimensión que se relacionan de forma *directa* de *manera significativa* con otras variables de otras dimensiones son:

- Tiempo y autonomía. Las mujeres que se mostraron a favor de la afirmación, que dos semanas después de la fecha prevista de parto se debe acudir a un hospital para finalizar gestación, se mostraron a favor que el parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía.
- Seguridad e intervenciones. La personas que se mostraron a favor que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural, también consideran que en el parto natural se realizan pequeñas intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de desgarros vaginales.
- Experiencia y resultados. Aquellas mujeres que tuvieron una experiencia globalmente satisfactoria en un parto hospitalario, también opinan que los resultados materno-fetales son iguales en el parto natural que en el parto medicalizado.

La dimensión segunda tiene *correlación significativa inversa significativa* con:

- Experiencia y respeto. Las que tuvieron globalmente una experiencia positiva en el parto hospitalario, presentan una opinión contraria a que se respete la decisión de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- Seguridad con decisión e intimidad. Esta afirmación donde se valora la opinión de las mujeres sobre la seguridad del parto hospitalario; aquellas que expresaron que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural se mostraron contrarias a las posibles ventajas del parto natural como la decisión e intimidad. Es decir, aquellas personas que sienten el entorno sanitario más seguro no objetivan las ventajas del parto natural.

Las relaciones encontradas en esta segunda dimensión, dan congruencia a los datos encontrados en cuanto a que aquellas que se encuentran más partidarias al parto hospitalario no objetivan como positivas las posibles ventajas del parto natural. Y las que tuvieron un parto hospitalario satisfactorio, se postulan en contra que los profesionales sanitarios tengan que aceptar cualquier decisión de la gestante.

B.2.- Análisis de los datos

Las afirmaciones que se relacionan entre sí, en esta segunda dimensión, bajo una línea común, están relacionadas con un eje más predominantemente médico, que sería el que se ofrecería en el parto hospitalario.

En esta postura se podrían englobar las proposiciones de tiempo (transcurrido dos semanas de la fecha prevista de parto hay que finalizar el embarazo), seguridad (el parto hospitalario es más seguro que el parto natural), ayuda médica (algunas complicaciones necesitan de ayuda médica rápida) y *lex artis* (empleo de todos los cuidados que se requiera según el estado de la ciencia). En esta dimensión también hay lugar a la experiencia previa hospitalaria, pudiendo ser satisfactoria o no.

Por todo ello, el conocimiento y sus posibles ventajas al igual que el perfil de satisfacción hacia el parto hospitalario, hace que englobemos esta dimensión en la aceptación del parto hospitalario.

Al igual que en la dimensión anterior, los resultados se podrían situar en una percepción positiva y negativa.

A la luz del análisis de los resultados, podemos concluir que *la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia aprueba la asistencia sanitaria hospitalaria para el parto*. La puntuación media obtenida como dimensión es de 4,03.

- A. Entienden el *parto hospitalario más seguro que el parto natural*.
- B. Se muestran de acuerdo que en el parto, pueden surgir complicaciones que necesitan ayuda médica rápida para solucionarse.
- C. Creen que los profesionales deben actuar dos semanas después de la fecha de parto
- D. Consideran que pueden ocurrir circunstancias donde colisionen los derechos maternos y fetales.
- E. Las personas que han tenido una experiencia hospitalaria, ha sido globalmente satisfactoria.

Además en las relaciones estudiadas con la dimensión primera etiquetada como aceptación del parto natural, no se ha objetivado relaciones significativas con ningún factor de esta segunda dimensión, lo que significa que, aunque la población general considera el parto hospitalario como válido, no se relaciona con la percepción del parto natural, es decir, son hechos diferentes; *la opinión positiva con respecto al parto hospitalario no está relacionada con la percepción del parto natural*.

Concluimos que la aceptación del parto hospitalario es un valor en sí mismo, no por exclusión de otras opciones como el parto natural.

C.- Cuarta dimensión

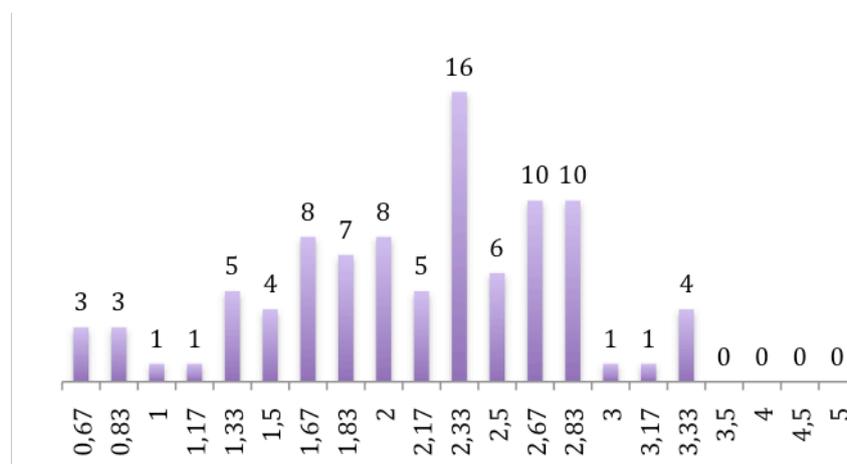
Las variables que se ordenan en la cuarta dimensión son las siguientes:

- Responsabilidad: En el parto natural, la gestante se siente responsable del parto.
- Definición: El parto natural es el que transcurre sin intervención médica alguna, desde su inicio hasta después del nacimiento.
- Intimidad: El parto natural permite un clima de intimidad para la futura madre mayor que el parto hospitalario.
- Vínculo: El parto natural permite un vínculo emocional mayor entre la parturienta y su matrona que en el parto hospitalario.

Todos los componentes se relacionan positivamente entre ellos, según refleja la matriz de componentes rotados.

A esta dimensión pertenecen 93 estadísticos, sólo 7 perdidos, con una media dimensional de 2,14 y una desviación típica de 0,06.

El histograma poblacional para esta dimensión es el siguiente:



La tabla adjunta contiene la media obtenida para cada variable de la dimensión:

	Media
Responsabilidad	3,55
Definición	3,04
Intimidad	3,1
Vínculo	3,1

- La población femenina muestra indiferencia con respecto a la afirmaciones sobre que el parto natural proporciona mayor intimidad que el parto hospitalario. La media obtenida es de 3,1.
- También opina con indiferencia ante la posibilidad de tener mayor vínculo emocional entre la matrona y la parturienta en el parto natural con respecto al parto hospitalario. La media puntuada es de 3,1.
- Las encuestadas consideran, que en el parto natural, la gestante se siente responsable de su parto. La puntuación media es de 3,55.

C.1.- Estudio de las relaciones de las afirmaciones de esta dimensión con otras proposiciones

Los datos son obtenidos de la matriz de componentes rotados según su relación positiva y negativa con el resto de variables de las otras dimensiones. Posteriormente se han analizado mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Las relaciones estadísticamente significativas han sido remarcadas.

Las relaciones directas se objetivan en la siguiente tabla:

		Prestación	Riesgo	Protección
Responsabilidad	C Pearson	,005	-,107	,111
	Sig (Bilateral)	,960	,300	,301
Definición	C Pearson	,079	,043	,261
	Sig (Bilateral)	,448	,680	,015
Intimidad	C Pearson	,147	,183	,290
	Sig (Bilateral)	,154	,072	,006
Vínculo	C Pearson	,129	,182	,321
	Sig (Bilateral)	,209	,071	,002

		Distancia	Autonomía	Normal	Complicaciones
Responsabilidad	C Pearson	,035	,049	,148	,159
	Sig (Bilateral)	,730	,648	,153	,122
Definición	C Pearson	,071	,159	,162	,124
	Sig (Bilateral)	,490	,142	,120	,228
Intimidad	C Pearson	-,087	,057	,161	,134
	Sig (Bilateral)	,394	,596	,114	,187
Vínculo	C Pearson	,077	-,021	,206	,221
	Sig (Bilateral)	,445	,845	,043	,028

		Mortalidad	Libertad	Gemelar
Responsabilidad	C Pearson	,152	,059	,227
	Sig (Bilateral)	,142	,581	,027
Definición	C Pearson	,084	,088	,080
	Sig (Bilateral)	,421	,417	,440
Intimidad	C Pearson	,229	,198	,163
	Sig (Bilateral)	,025	,063	,111
Vínculo	C Pearson	-,015	,236	,060
	Sig (Bilateral)	,884	,025	,554

Las relaciones inversas se objetivan en la siguiente tabla:

		Recién Nacido	Seguridad	Colisión
Responsabilidad	C Pearson	,055	-,111	,015
	Sig (Bilateral)	,595	,261	,889
Definición	C Pearson	,024	,017	,075
	Sig (Bilateral)	,817	,870	,470
Intimidad	C Pearson	,042	-,318	,124
	Sig (Bilateral)	,678	,002	,230
Vínculo	C Pearson	,120	-,175	,212
	Sig (Bilateral)	,236	,087	,038

		Intervenciones	Anestesia	Involuntario
Responsabilidad	C Pearson	-,049	-,139	-,146
	Sig (Bilateral)	,648	,180	,159
Definición	C Pearson	-,054	-,261	-,089
	Sig (Bilateral)	,620	,010	,301
Intimidad	C Pearson	-,226	-,209	-,076
	Sig (Bilateral)	,034	,040	,466
Vínculo	C Pearson	,050	,012	,094
	Sig (Bilateral)	,638	,909	,364

Las variables de esta dimensión que se relacionan significativamente con otras variables de las demás dimensiones son:

- Definición con gemelar. Las personas que mostraron estar de acuerdo con la definición del parto natural, como aquel que transcurre sin intervención médica alguna, desde su inicio hasta después del nacimiento, también se muestran a favor que el parto natural se puede llevar a cabo en todos los posibles partos (gemelares, podálicos).

- Responsabilidad con gemelar. Aquellas que se muestran partidarias que las mujeres en el parto natural se sienten responsables de su parto, también se muestran partidarias que el parto natural se puede llevar a cabo en todos los posibles partos (gemelares, podálicos).
- Intimidad con protección y mortalidad. Las personas que consideran que el parto natural permite un clima de intimidad para la futura madre mayor que el parto hospitalario, también se muestran a favor que el riesgo de mortalidad materno y/o fetal es una complicación infrecuente, y a la vez, consideran que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva.
- Vínculo con protección, complicaciones y libertad. Las personas que están de acuerdo con la afirmación que el parto natural permite un mayor vínculo de la parturienta con su matrona, también consideran que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva; que la monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos y que las complicaciones que puedan ocurrir en un parto son previsibles.

Y se relacionan de forma inversa significativamente:

- Intimidad con seguridad, anestesia y colisión. Las personas que comparten la proposición que el parto natural supone una mayor intimidad se muestran contrarias a las siguientes aseveraciones: Que el parto hospitalario sea más seguro; que en el parto natural se pueda emplear anestesia epidural si la futura madre lo desea y que pueda existir colisión entre los derechos de la madre y el recién nacido en algunas circunstancias.
- Vínculo con seguridad, intervenciones y anestesia. Igualmente ocurre con la personas que optaron mostrarse de acuerdo con la expresión de mayor vínculo emocional con la matrona en el parto natural que en el parto hospitalario. Estas personas se mostraron en contra de la seguridad mayor en el parto hospitalario y del empleo de anestesia epidural en el parto natural. Tampoco se mostraron a favor

que en el parto natural se puedan llevar a cabo pequeñas intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de desgarros vaginales.

Las afirmaciones que expresan más relaciones significativas son vínculo e intimidad: ésta última se relaciona de forma positiva con protección y mortalidad y de forma inversa con seguridad, anestesia, colisión, intervenciones y anestesia; y vínculo que se relaciona de forma directa con protección, complicaciones, libertad, decisión y respeto y de forma inversa con seguridad, intervenciones y anestesia.

C.2.- Análisis de los datos obtenidos

Definen esta dimensión, *las ventajas del parto natural*, puesto que son características que supera el parto natural al parto hospitalario, en cuanto a la mayor intimidad y responsabilidad de la futura madre para con su parto, así como un vínculo mayor entre la matrona y la parturienta.

La media de la dimensión es una media negativa, esta media es de 2,1416; así pues, la población general no se manifiesta a favor de la estos condicionamientos positivos que se pueden atribuir a este modelo de parto.

Globalmente la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia, no consideran que el parto natural ofrezca mayor vínculo emocional con su matrona ni ofrezca mayor grado de intimidad.

Como análisis de estas relaciones se objetiva que aquellas que creen de forma positiva que el parto natural proporciona más intimidad y vínculo entre su matrona y la parturienta tienen la visión que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva. Y a la vez se muestran en contra, que sea más seguro el parto hospitalario y que en el parto natural se puedan emplear intervenciones como sutura de desgarros y empleo de anestesia. Este análisis permite valorar cual es el concepto de parto natural por parte de la población general.

Entre las afirmaciones propuestas de la encuesta que pertenecen a diferentes dimensiones, de las estudiadas, se relacionan en ambas direcciones las siguientes:

- Protección e intimidad.
- Protección y vínculo.

- Intimidad y seguridad. Pero esta última se relacionan en ambas direcciones pero de forma negativa.
- Seguridad e decisión. También de forma inversa.

El que hayan expresado relaciones positivas y negativas en ambas direcciones da robustez a ese tipo de relación.

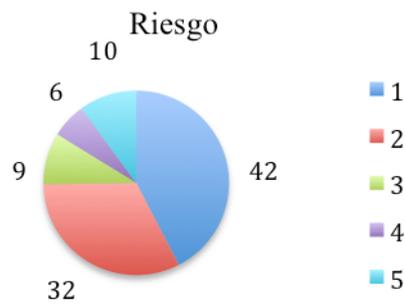
1.3.- Datos obtenidos de la población general

Los datos obtenidos de la población general en nuestra investigación se pueden resumir en los siguientes:

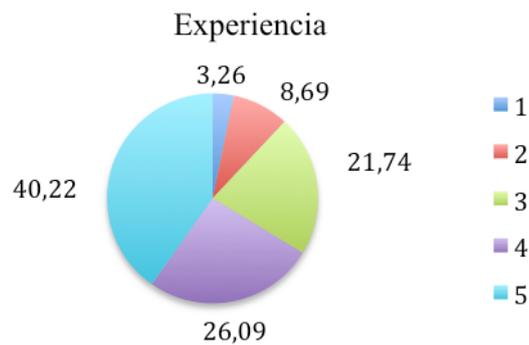
- La *población femenina mayoritariamente, considera el parto hospitalario más seguro que el parto natural.*



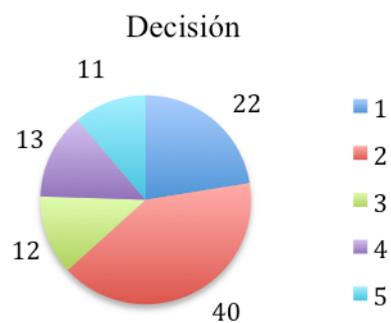
- Al 68,75 % de la población general, no les gustaría llevar a cabo un parto natural, si se incluyera en las prestaciones del sistema sanitario español.
- Hay un postura mayoritaria de indiferencia con respecto a la afirmación, de si deben dar cabida las instituciones sanitarias a la asistencia al parto.
- En contraposición, un 31,25 % valoran muy positivamente que se deba incluir el parto natural dentro de las prestaciones sanitarias. Al igual, este tercio poblacional, considera que los profesionales deben respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- La población mayoritariamente, considera que la futura madre no dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- La población de forma general, considera que los profesionales no deben respetar la decisión de la gestante, incluido si esta decisión supone un riesgo vital para el recién nacido.



- De las personas que han tenido un parto hospitalario, globalmente ha sido una experiencia positiva.



- Las encuestadas de forma global entienden que dos semanas después de la fecha prevista de parto se debe acudir a un hospital para finalizar la gestación. La media ha sido de 3,70.
- Consideran que los derechos del recién nacido deben ser respetados de igual manera que los de la madre.
- De forma mayoritaria, la población ha contestado, que la futura madre no dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucren su parto.



- Se muestran de acuerdo con la proposición de que en el parto natural, la matrona que acompaña a la gestante, es en última instancia, quién decide si ese parto necesita ayuda médica. La valoración media ha sido de 3,66.
- Entienden que, en algunas circunstancias, puede existir colisión en los derechos de la madre y el recién nacido, con una valoración de 3,56.
- La población femenina muestra indiferencia en su opinión con respecto a las afirmaciones sobre que el parto natural proporciona mayor intimidad que el parto hospitalario y un mayor vínculo emocional entre la matrona y la parturienta en el parto natural con respecto al parto hospitalario. Las medias puntuadas son de 3,1 para ambas afirmaciones.
- Las encuestadas consideran que en el parto natural, la gestante se siente responsable de su parto. La puntuación media es de 3,55.

1.4.- Discusión y conclusiones de la población general

El análisis de los datos obtenidos de la encuesta aplicada sobre la muestra poblacional femenina en edad reproductiva de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, nos revela la siguiente información:

La población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia *aprueba la asistencia hospitalaria al parto, en un modelo intervencionista institucionalizado.*

- A. Entienden *el parto hospitalario más seguro que el parto natural.*
- B. En el parto, pueden surgir complicaciones que necesitan ayuda médica rápida para solucionarse.
- C. Creen que los profesionales deben actuar dos semanas después de la fecha de parto y pueden ocurrir circunstancias donde colisionen los derechos maternos y fetales.
- D. Las personas que han tenido una experiencia hospitalaria, ha sido globalmente satisfactoria.

Esta consideración positiva hacia el parto hospitalario *es un valor en sí mismo, no por exclusión de otras opciones de parto, como el parto natural, ya que no se relaciona significativamente con la concepción que tienen sobre el parto natural.*

Por otro lado, el *parto natural* no goza de aceptación mayoritaria entre la población femenina y no supone una demanda generalizada social para llevarlo a cabo, aunque sí existe, un grupo pequeño, con un posicionamiento activo a favor del *parto natural*.

La población femenina murciana, mayoritariamente considera:

- A. Que no les gustaría llevar a cabo la asistencia de su parto en un modelo de parto natural, si el sistema sanitario español lo incluyera en sus prestaciones.
- B. No consideran que la futura madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- C. Se muestran en contra de que los profesionales sanitarios deban respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean; al igual que no se debe respetar cualquier decisión de la gestante, incluida si esta supone un riesgo vital para el recién nacido.
- D. Consideran que los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido.

En contraposición, un subgrupo poblacional, que representa un tercio poblacional, el 31,25% de ellas, entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, expresando:

- A. Que se debe respetar por parte de los profesionales las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- B. Además se muestran partidarias que el sistema sanitario tenga en sus prestaciones el parto natural y si se incluyeran, les gustaría llevarlas a cabo.
- C. Creen que las gestantes disponen de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- D. Consideran que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que lo perturbe.

Con respecto a necesidad de incorporación del parto natural a la cartera de servicios, la población femenina murciana de forma mayoritaria, muestra indiferencia en su contestación, esto significa que, se *muestra respetuosa* con posturas diferentes a la

generalidad, ya que a la población mayoritaria muestra rechazo a llevar a cabo un parto natural si incluyese dentro del sistema sanitario español.

Es decir, la población mayoritariamente no desea llevar a cabo un parto natural, pero se muestra respetuosa que forme parte de la cartera de servicios asistenciales.

Otra postura divergente con la generalidad, es la observada en un tercio poblacional, denominada subpoblación 25. Esta *subpoblación* no solo tiene una *actitud positiva* hacia el parto natural sino que se convierte en una *exigencia* para las instituciones con valores de anclaje altos para las variables de incorporación a la cartera de servicios del parto natural y para llevar a cabo un parto natural, si este se incluyese.

Aquellas personas de la población general que consideran el parto natural como método válido de parto, significativamente se relacionan con los las ventajas del parto natural.

En este mismo sentido, esta subpoblación 25, cree que cuando hay una colisión entre los derechos, se debe respetar los de la madre, aunque suponga un riesgo fetal. Esta relación está muy de acuerdo con la ética principalista, como ya hemos explicado en la parte teórica.

La subpoblación minoritaria, está bien formada sobre el parto natural, sabe sus ventajas y conoce la ética que atañe a dicho parto y sus riesgos y muestra un posicionamiento activo y demandante a las instituciones sanitarias. En nuestra investigación esta subpoblación representa un tercio de la población general.

Globalmente la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia, no consideran que el parto natural ofrezca mayor vínculo emocional con su matrona ni ofrezca mayor grado de intimidad a la vez que no consideran a la parturienta, en el parto natural, como responsable de su parto.

Se ha realizado un análisis de publicaciones previas sobre el posicionamiento, actitudes, demanda y aceptabilidad poblacional sobre el parto natural, no obteniendo resultado alguno sobre el mismo.

2.- ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN SANITARIA

Han sido 75 encuestas entre la población sanitaria con la siguiente distribución: 33 ginecólogos consultados, 26 encuestas realizadas por matronas y 16 por auxiliares adscritas a unidades materno-fetales.

Un 12,4 % trabajan en instituciones privadas y públicas; un 10,6 % en instituciones privadas únicamente y un 77 % sólo en instituciones públicas.

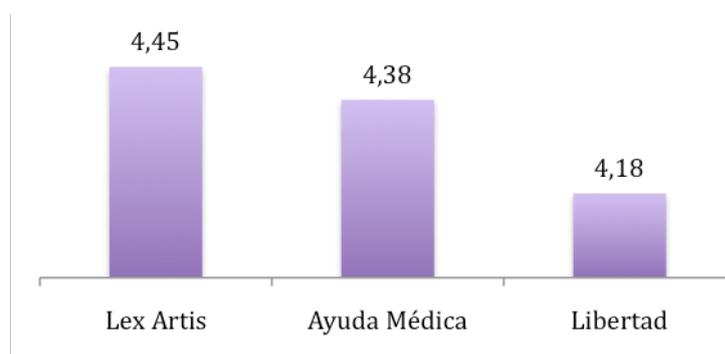
2.1.- Análisis descriptivo

La media y desviación típica para cada descriptivo estudiado en la encuesta se refleja en la tabla adjunta.

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
DEFINICIÓN	3,89	1,22
NORMAL	2,53	1,28
GEMELAR	2,26	1,43
ANESTESIA	2,41	1,43
DISTANCIA	3,19	1,45
MEDICACIÓN	1,95	1,21
INTIMIDAD	3,75	1,31
RESPONSABILIDAD	3,75	1,11
LIBERTAD	4,18	0,85
INVOLUNTARIO	2,34	1,10
PROTECCIÓN	3,36	1,27
VÍNCULO	3,47	1,23
COMPLICACIONES	2,03	1,16
AYUDA MÉDICA	4,38	0,99
MORTALIDAD	3,64	1,18
RESULTADOS	2,81	1,20
INTERVENCIONES	3,71	1,07
TIEMPO	3,71	1,35
MATRONA	3,63	1,25
PRESTACIÓN	2,81	1,45
SEGURIDAD	3,96	1,25

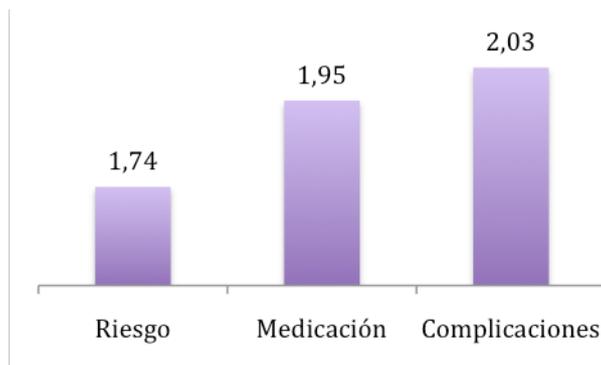
DECISIÓN	2,23	1,21
EXPERIENCIA	4,04	0,92
AUTONOMÍA	3,27	1,25
RESPECTO	2,49	1,31
RECIÉN NACIDO	3,85	1,21
RIESGO	1,74	1,11
ASISTENCIA	3,29	1,27
LEX ARTIS	4,45	0,80
COLISIÓN	3,78	1,09

Las proposiciones valoradas más positivamente, estando en posición más de acuerdo son:



- La proposición más puntuada de media por parte de los profesionales sanitarios ha sido: que ellos deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido. La media de puntuación para esta variable ha sido de 4,45.
- La segunda mejor valorada ha sido ayuda médica, que significa que algunas complicaciones que surgen durante el parto, necesitan ayuda médica rápida para solucionarse. La puntuación media obtenida ha sido de 4,38.

Por el contrario la proposición menos valorada por parte del personal sanitario ha sido el riesgo, es decir; consideran que no se debe respetar cualquier decisión de la gestante, incluido si esta supone un riesgo vital para el recién nacido. La puntuación obtenida es de 1,74.



2.2.- Análisis factorial

En el estudio factorial se han tenido en cuenta 73 casos, los cuales tienen una edad media de 44,16 años frente a los 35,22 años de la población general.

La edad media de los ginecólogos es de 48,88 años; la de las matronas es de 42 años y las de las auxiliares de 37,9 años.

Se han establecido 6 dimensiones, que explica un 51,11 % de la varianza total.

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	14,543	14,543	3,840	12,000	12,000
2	9,959	24,502	2,825	8,827	20,827
3	8,081	32,583	2,660	8,313	29,140
4	6,702	39,285	2,441	7,627	36,767
5	6,052	45,337	2,369	7,403	44,170
6	5,770	51,107	2,220	6,938	51,107

El análisis en 6 dimensiones se adjunta en la siguiente tabla:

MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Prestación	,709	,221	,127			,198
Seguridad	-,705				-,291	,333
Autonomía	,673	-,110		-,119	-,168	
Asistencia	,655	,311	,235	,159		
Respeto	,630		,323	,387	-,153	-,112

Decisión	,589	,168	-,247	,200		
Edad	-,518	,248	,470	,171		
Responsabilidad	,200	,684	,104			
Definición	,166	,645		,172	,131	,130
Anestesia	,113	-,645	,166	,255		
Medicación	,148	-,522	,138	,238	,456	
Libertad		,480	,441	-,300		,283
Mortalidad			,625	,195	,114	,139
Resultados	,105		,611	-,205		
Intervenciones	,399		,465	-,149		-,137
Colisión	,125	,267	-,424	-,100	,188	
Vínculo	,180	,366	,394	,132	-,112	-,284
Intimidad	,166	,325	,387	-,332	-,275	
Lex Artis		,176	,259	,126	,167	,247
Distancia		,123		-,682		,213
Gemelar	,120	,153	-,124	,600	,252	
Normal	,172		,210	,591	-,112	,216
Protección	,126	,316	,229	-,473	,287	
Embarazo		,114	-,102	-,388		,185
Involuntario	,154			-,149	,752	
RN	,356		,339		-,635	
Complicaciones	,223	,293	,217	,265	,575	
Matrona	,294	,330	,283		-,377	
Tiempo	,222			-,141		,703
Experiencia			,112		,290	,643
Ayuda Médica	-,205	,149			-,284	,624
Riesgo	,378	-,128			,175	-,530

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a.La rotación ha convergido en 13 iteraciones.

De las dimensiones obtenidas, realizaremos un análisis más pormenorizado de las siguientes:

A.- Primera dimensión

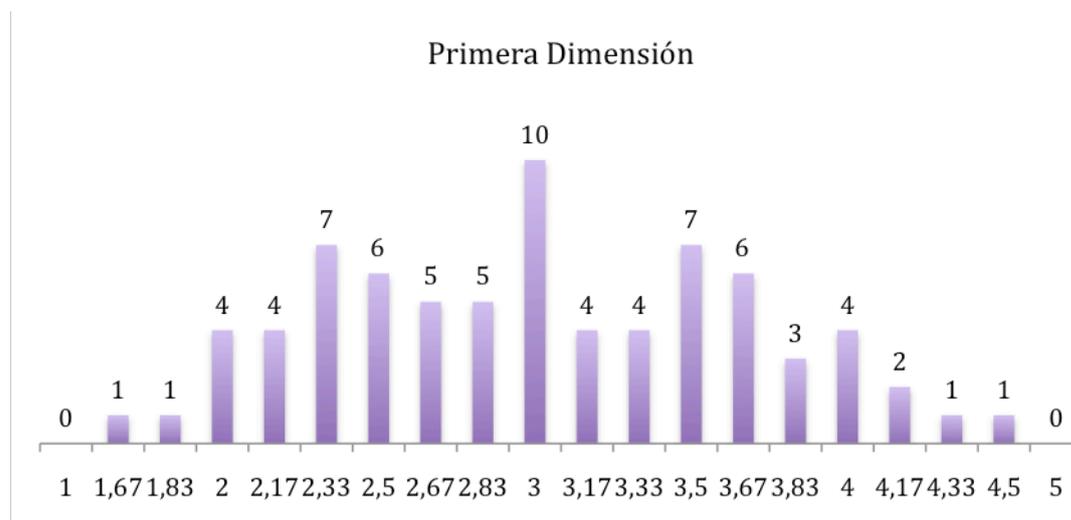
La primera dimensión que vamos a analizar es la compuesta por las siguientes proposiciones:

- Prestación: Si en el sistema sanitario español incluyera en sus prestaciones, la asistencia al parto natural, te gustaría llevarla a cabo.
- Seguridad: Crees que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
- Autonomía: El parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía.
- Asistencia: Las instituciones sanitarias deben dar cabida a la asistencia al parto natural.
- Respeto: Los profesionales deben respetar cualquier decisión de la gestante, aunque ésta suponga un riesgo vital para el recién nacido.
- Decisión: Crees que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- Edad

En esta primera dimensión se objetiva una relación positiva entre las proposiciones salvo la *edad* y la *seguridad* que tiene una relación inversa.

Para esta dimensión se han utilizado 75 estadísticos con una media de 3,01 y una desviación típica de 0,77.

El histograma de esta dimensión es el siguiente:



La estadística descriptiva de esta dimensión es la siguiente:

	Media	DT
Prestación	2,81	1,45
Seguridad	3,96	1,25

Autonomía	3,27	1,25
Asistencia	3,29	1,27
Decisión	2,23	1,21
Respeto	2,49	1,31

Los datos obtenidos de la población sanitaria son los siguientes:

- A los profesionales sanitarios no les gustaría llevar a cabo un parto natural, si en las prestaciones del sistema sanitario español lo incluyera. La puntuación media para esta proposición es de 2,81.
- Los profesionales sanitarios en su conjunto, consideran el parto hospitalario más seguro que el parto natural, con una valoración de 3,96.
- Consideran de forma general, que no se debe respetar cualquier decisión de la gestante, incluido si esta decisión supone un riesgo vital para el recién nacido. La valoración obtenida es de 2,49.
- Tampoco se muestran de acuerdo con la afirmación que la futura madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto. La media puntuada es de 2,23.
- Se muestran ligeramente partidarios que el parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía. La valoración global por parte de los profesionales sanitarios ha sido de 3,27.

Desarrollamos un estudio posterior en función de su categoría profesional, ginecólogos, matronas y auxiliares vinculadas en unidades materno fetales. El objetivo es comprobar si existen diferencias entre estas profesiones. Para este estudio empleamos los test de Levene, ANOVA y Diferencia Significativa Mínima (DSM) de Fisher y de Boferroni para comparaciones múltiples.

El test de Levene para comparar las varianzas y el test de ANOVA es el siguiente:

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,578	2	72	,563

ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6,185	2	3,092	8,300	,001
Intra-grupos	26,825	72	,373		
Total	33,010	74			

Los test de Diferencia Significativa Mínima (DSM) de Fisher y de Bonferroni para comparaciones múltiples aplicados se adjuntan en las siguientes tablas:

Comparaciones múltiples					
	(I) Profesión	(J) Profesión	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
DMS	1	2	-,56449*	,16006	,001
		3	-,59975*	,18595	,002
	2	1	,56449*	,16006	,001
		3	-,03526	,19395	,856
	3	1	,59975*	,18595	,002
		2	,03526	,19395	,856
Bonferroni	1	2	-,56449*	,16006	,002
		3	-,59975*	,18595	,006
	2	1	,56449*	,16006	,002
		3	-,03526	,19395	1,000
	3	1	,59975*	,18595	,006
		2	,03526	,19395	1,000

Comparaciones múltiples				
	(I) Profesión	(J) Profesión	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
DMS	1	2	-,8836	-,2454
		3	-,9704	-,2291
	2	1	,2454	,8836
		3	-,4219	,3514

	3	1	,2291	,9704
		2	-,3514	,4219
Bonferroni	1	2	-,9568	-,1721
		3	-1,0555	-,1440
	2	1	,1721	,9568
		3	-,5107	,4401
	3	1	,1440	1,0555
		2	-,4401	,5107

1 Ginecólogos; 2 Matronas; 3 Auxiliares

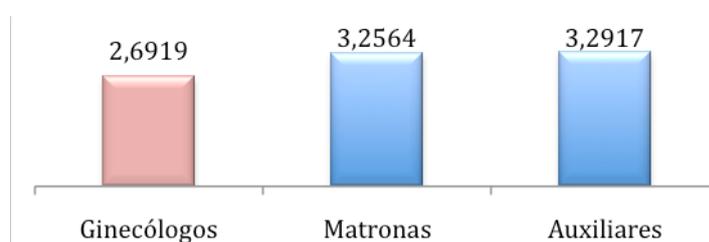
En los descriptivos se ha establecido el número 1 para los ginecólogos, el número 2 para las matronas y el número 3 para los auxiliares adscritos a unidades materno fetales.

De estos datos, objetivamos *dos subpoblaciones; con diferencias significativas entre ellas; una formada por ginecólogos y otra subpoblación formada por matronas y auxiliares.*

La media en esta dimensión ha sido para la población ginecológica de 2,69 con desviación típica de 0,62 y para la otra subpoblación, la media es de 3,27 con una desviación típica media de 0,60.

La tabla adjunta refleja los datos de cada subpoblación más detallados:

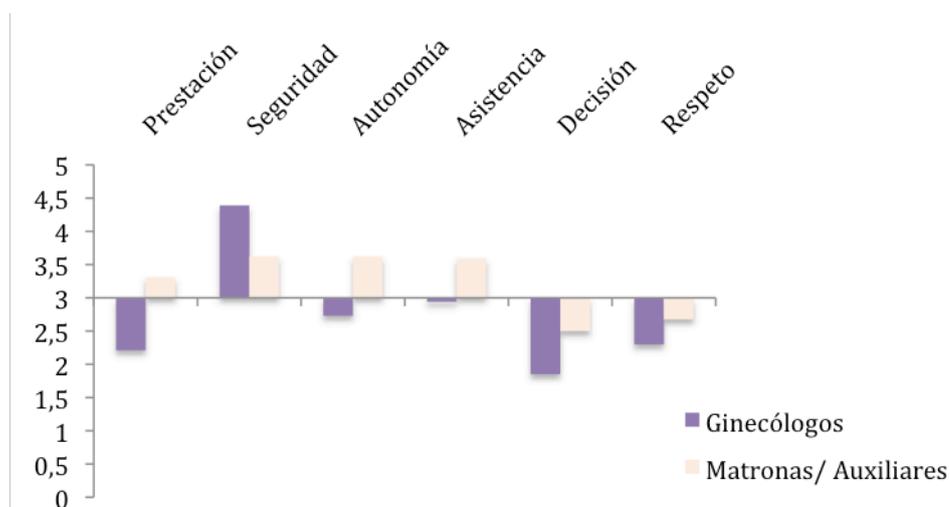
	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Inferior	Superior
Ginecólogos	2,69	,62	,10	2,46	2,91
Matronas	3,25	,55	,10	3,03	3,47
Auxiliares	3,29	,65	,16	2,94	3,64
TOTAL	3,01	,66	,077	2,86	3,16



El análisis descriptivo para cada variable dentro de la primera dimensión, analizando estas dos subcategorías es el siguiente:

	Ginecólogos	Matronas/ Auxiliares
Prestación	2,21	3,31
Seguridad	4,39	3,62
Autonomía	2,73	3,62
Asistencia	2,94	3,59
Decisión	1,85	2,5
Respeto	2,30	2,67

La gráfica adjunta representa cada estamento sanitario :



Los datos obtenidos según la población estudiada, ya sea ginecólogos o bien el binomio compuesto por matronas y auxiliares adscritas a unidades materno–fetales, son los siguientes:

- Los ginecólogos se muestran en contra de llevar a cabo un parto natural si estuviese en la cartera de servicios, con una puntuación de 2,21. Frente al resto del personal sanitario de las unidades maternos fetales, que si les gustaría llevarlo a cabo con una media de 3,30. Es la diferencia intergrupo mayor encontrada.
- Las matronas y auxiliares se muestran a favor que las instituciones sanitarias incluyan en su cartera de servicios, la asistencia al parto natural, con un

posicionamiento de 3,59 frente a la media obtenida por los ginecólogos de 2,94; que se muestran indiferentes.

- Con respecto al concepto de seguridad en el parto. Los ginecólogos se muestran muy de acuerdo con la expresión que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural, con una media obtenida de 4,39; frente al grupo de matronas y auxiliares que presentan una media más baja de 3,62, pero también de acuerdo.
- Ambos grupos se muestran en contra que, los profesionales sanitarios deban respetar cualquier decisión de la madre, sean cuales sean en su plan de parto; pero los ginecólogos expresan un rechazo mayor que las otras dos profesiones. Las medias para esta afirmación han sido 2,30 y 2,67 respectivamente.
- Lo mismo ocurre con la proposición siguiente: la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto. La profesión sanitaria en su conjunto expresa un rechazo a esta afirmación, siendo una valoración más negativa por parte de los ginecólogos que las matronas y auxiliares. Las medias obtenidas para la variable decisión han sido de 1,85 y 2,5 respectivamente.
- Con respecto a entender el parto dentro del principio de autonomía; los ginecólogos se muestran en desacuerdo con la expresión y así su media es de 2,73; en contraposición, las matronas y auxiliares se muestran a favor, con una puntuación de 3,625.

A.1.- Estudio de las relaciones de las afirmaciones de esta dimensión con otras proposiciones

A continuación realizamos el estudio de las relaciones de esta dimensión con cualquier factor de las restantes:

1. Análisis de cualquier variable de la dimensión primera con factor positivo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. Se han resaltado aquellas relaciones estadísticamente significativas. Los datos se reflejan en las siguientes tablas:

		Responsabilidad	Definición	Anestesia	Medicación
Prestación	C Pearson	,268	,180	-,022	,048
	Sig (Bilateral)	,020	,122	,850	,684
Seguridad	C Pearson	-,115	,197	,138	-,111
	Sig (Bilateral)	,325	,091	,239	,342
Autonomía	C Pearson	,160	-,015	,185	,186
	Sig (Bilateral)	,171	,895	,113	,110
Decisión	C Pearson	,219	,015	-,014	-,009
	Sig (Bilateral)	,059	,896	,905	,941
Respeto	C Pearson	,111	,321	,166	-,180
	Sig (Bilateral)	,343	,006	,154	,356
Asistencia	C Pearson	,274	,329	-,065	-,040
	Sig (Bilateral)	,017	,004	,580	,734
Edad	C Pearson	,095	-,057	-,124	-,199
	Sig (Bilateral)	,416	,627	,288	,086

		Resultados	Intervenciones	Colisión	Vínculo	Intimidad
Prestación	C Pearson	,112	,232	,073	,196	,171
	Sig (Bilateral)	,337	,045	,534	,092	,142
Seguridad	C Pearson	-,106	-,339	-,135	-,183	-,006
	Sig (Bilateral)	,365	,003	,248	,116	,959
Autonomía	C Pearson	-,060	,280	,170	,195	,153
	Sig (Bilateral)	,608	,015	,145	,094	,171
Decisión	C Pearson	-,101	,142	,081	,007	,050
	Sig (Bilateral)	,390	,225	,489	,954	,670
Respeto	C Pearson	,247	,377	-,058	,365	,143
	Sig (Bilateral)	,033	,001	,623	,001	,222
Asistencia	C Pearson	,184	,227	-,007	,196	,234
	Sig (Bilateral)	,114	,051	,953	,092	,043
Edad	C Pearson	,138	,036	-,241	,141	,057
	Sig (Bilateral)	,019	,760	,037	,226	,627

		Lex Artis	Gemelar	Normal	Protección	Involuntario
Prestación	C Pearson	,022	,224	,271	,308	,124
	Sig (Bilateral)	,849	,053	,020	,007	,291
Seguridad	C Pearson	,033	-,091	,031	-,078	-,324
	Sig (Bilateral)	,782	,435	,793	,506	,005
Autonomía	C Pearson	-,137	,067	-,006	,021	,011
	Sig (Bilateral)	,241	,459	,960	,861	,928
Decisión	C Pearson	,010	,072	,106	,022	,103
	Sig (Bilateral)	,929	,592	,372	,853	,308
Respeto	C Pearson	,082	,130	,320	-,189	-,040
	Sig (Bilateral)	,486	,265	,006	,104	,730
Asistencia	C Pearson	-,006	,105	,236	,119	,200
	Sig (Bilateral)	,961	,369	,044	,308	,086

Edad	C Pearson	,180	-,124	,054	-,108	-,033
	Sig (Bilateral)	,123	,288	,653	,355	,776

		Recién Nacido	Complicaciones	Matrona	Tiempo	Riesgo
Prestación	C Pearson	,220	,229	,184	,135	,140
	Sig (Bilateral)	,580	,049	,115	,249	,232
Seguridad	C Pearson	,014	-,278	-,125	-,0364	,379
	Sig (Bilateral)	,903	,016	,287	,001	,001
Autonomía	C Pearson	,249	-,020	,167	,131	,176
	Sig (Bilateral)	,031	,863	,153	,261	,131
Decisión	C Pearson	,097	,410	,016	,129	,093
	Sig (Bilateral)	,409	,000	,893	,271	,425
Respeto	C Pearson	,335	,275	,348	,096	,365
	Sig (Bilateral)	,003	,017	,002	,413	,001
Asistencia	C Pearson	,272	,390	,569	,314	,233
	Sig (Bilateral)	,018	,001	,613	,006	,044
Edad	C Pearson	,004	,135	,054	,002	-,142
	Sig (Bilateral)	,943	,248	,645	,983	,040

2. Análisis de cualquier variable de la dimensión primera con factor negativo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. También se han resaltado aquellas relaciones estadísticamente significativas. Los datos se reflejan en las siguientes tablas:

		Ayuda Médica
Prestación	C Pearson	,002
	Sig (Bilateral)	,987
Seguridad	C Pearson	,379
	Sig (Bilateral)	,001
Autonomía	C Pearson	-,020
	Sig (Bilateral)	,865
Decisión	C Pearson	-,027
	Sig (Bilateral)	,817
Respeto	C Pearson	-,020
	Sig (Bilateral)	,865
Asistencia	C Pearson	-,143
	Sig (Bilateral)	,220
Edad	C Pearson	,238
	Sig (Bilateral)	,040

Las relaciones con significancia estadística con otras variables de otras dimensiones son:

Las relaciones positivas encontradas son:

- Prestación con responsabilidad, intervenciones, normal, protección y complicaciones. Aquellos profesionales que se mostraron de acuerdo con llevar a cabo un parto natural, si estuviese en las prestaciones sanitarias, también se mostraron a favor con las afirmaciones siguientes: Que en el parto natural, la mujer se siente responsable del parto, que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier estímulo y que las complicaciones que se pueden producir en un parto, son previsibles.
Esto se traduce en que a los profesionales que les gustaría llevar a cabo un parto natural, comprenden la esencia del parto natural.
- Seguridad con intervenciones, involuntario, complicaciones y riesgo. Los que entienden que el parto hospitalario es más seguro también se muestran partidarios con la opinión que el parto al ser involuntario, no necesita de ayuda directa, que las complicaciones que puedan surgir en un parto son previsibles y que se debe respetar cualquier decisión de la madre, aunque suponga un riesgo vital para el recién nacido. Además también se muestran a favor que en el parto natural se puedan realizar intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de pequeños desgarros vaginales.
- Autonomía con recién nacido e intervenciones. Las personas que mostraron estar de acuerdo con entender el parto natural dentro del principio de autonomía, también consideran, que los derechos de la madre tienen que ser respetados de igual manera que los del recién nacido y por otro lado, también creen que en el parto natural se pueden realizar intervenciones como monitorización fetal discontinua y sutura de desgarros vaginales.
- Decisión con complicaciones. Aquellos profesionales que creen que la futura madre es capaz de decidir todas las circunstancias que involucran a su parto,

optaron también porque las complicaciones que pueden surgir en el parto son previsibles.

- Respeto con normal, recién nacido, complicaciones, matrona, riesgo, resultados, intervenciones y vínculo. Aquellos profesionales que estimaron que se deben respetar las decisiones de la madre, sean cuales sean, también tuvieron conformidad con las siguientes afirmaciones: Las complicaciones en un parto son previsibles; la matrona es en el parto natural, quién en última instancia decide si el parto necesita ayuda médica; los resultados materno-fetales son iguales en el parto natural que en el parto medicalizado; el parto natural proporciona un mayor vínculo emocional con su matrona que en el parto natural y también consideran que se pueden realizar, en el parto natural, intervenciones como sutura de desgarros o monitorización fetal discontinua.
- Asistencia con normal, recién nacido, complicaciones, tiempo, riesgo, responsabilidad, definición e intimidad. Aquellos profesionales que creen que las instituciones sanitarias deben dar asistencia al parto natural también se mostraron conformes con las ideas siguientes: Las complicaciones de un son previsibles; el parto normal es sinónimo de parto natural; el respeto de cualquier decisión de la madre, aunque esta suponga un riesgo vital para el recién nacido; en el parto natural, la mujer se siente responsable de su parto y el parto natural proporciona mayor clima de intimidad que el parto hospitalario.
- Edad con colisión. Cuanto más edad tienen los profesionales encuestados, más valoran la proposición que puede existir colisión entre los derechos de la madre y del recién nacido.

Relación inversa:

- Seguridad y edad con ayuda médica. Los que optaron porque el parto hospitalario es más seguro, también consideran que a veces, en el parto, se necesita ayuda médica rápida para solucionar algunas complicaciones que pueden surgir. Y a mayor edad de los encuestados, creen que también se necesita ayuda médica rápida en algunas complicaciones.

De estas relaciones nos gustaría resaltar las siguientes:

- Prestación y protección
- Respeto con riesgo
- Asistencia con recién nacido
- Autonomía y recién nacido

Éstas relaciones son importantes como ya veremos más adelante, porque relacionan las proposiciones de ésta primera dimensión en la población sanitaria con factores de la primera dimensión de la población general, aunque más tarde lo explicaremos con más profundidad.

A.2.- Análisis de la primera dimensión

Al igual que ocurre en el análisis de las dimensiones en la población general, las afirmaciones de esta dimensión, tanto en su relación positiva entre ellas, como las negativas (seguridad y edad) se posicionan en un eje de *aceptación del parto natural*.

Consideramos que al igual que, en la dimensión primera de la población general, además de conocer el enfoque global del parto natural; la mujer como protagonista, también hay factores de aprobación como asistencia y prestación. La afirmación de seguridad se relaciona negativamente; que si lo ponemos en afirmativo, sería “el parto natural es más seguro que el parto hospitalario”.

Este eje es lineal, así pues podría ser positiva o negativa la valoración.

La media global para esta dimensión es de 3,01, que mostraría indiferencia hacia la aceptación del parto natural; ni aceptación ni rechazo; pero después del análisis posterior de los diferentes estamentos sanitarios, obtenemos, que la media de respuesta en esta dimensión en la subpoblación de médicos es más baja que en la otra subpoblación; de 2,69 y de 3,27 respectivamente.

Esto se traduce que *entre la población sanitaria hay disparidad de posicionamiento hacia la aceptación del parto natural*; hay un sector formado por matronas y auxiliares que muestra estar más receptivo que la población sanitaria formada por obstétricas, que se muestra un rechazo hacia el parto natural.

El personal médico se posiciona:

- A. De acuerdo que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.

- B. No les gustaría llevar a cabo un parto natural.
- C. No consideran que la madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto
- D. No deben respetar las decisiones de la gestante, sean cuales sean.
- E. No consideran que el parto natural se englobe dentro del principio de autonomía.
- F. Muestran indiferencia que sea incorporado el parto natural dentro de la cartera de servicios.

Por otro lado, el binomio compuesto por matronas y auxiliares vinculadas a unidades materno-fetales, considera que:

- A. El parto natural debe ser incluido en la cartera de servicios, y si esto fuera así, les gustaría llevarlo a cabo.
- B. Piensan que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
- C. Al igual que los ginecólogos no creen que se deban respetar todas las decisiones de la gestante y creen que no tiene la capacidad de decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- D. Por otro lado entienden el parto natural dentro del principio de autonomía.

A.3 Comparación con la primera dimensión de la población general

El *análisis factorial* de ambas poblaciones de forma integradora proporciona los siguientes datos:

1.- El *análisis factorial* de las encuestas analizadas de forma independiente muestran una primera dimensión, que para cada una de las poblaciones está compuesta por 8 afirmaciones en el caso de la población general y de 7 para la población sanitaria. De estas preguntas, convergen en *5 de ellas como dentro de esta primera dimensión* y son las que se muestran resaltadas en la tabla:

Estas variables son:

Población General	Población Sanitaria
Prestación	Prestación
Autonomía	Autonomía
Asistencia	Asistencia
Respeto	Respeto
Decisión	Decisión
Recién nacido	Seguridad (factor negativo)
Riesgo	Edad (factor negativo)
Protección	

Como diferentes se encuentran las siguientes afirmaciones:

- En la población general: Recién nacido, Riesgo y Protección.
- En la población sanitaria: Seguridad y Edad.

Dentro de la población sanitaria, los que son diferentes con respecto a la población general, son seguridad y edad, que tienen una relación dentro de su dimensión con valores negativos en la matriz.

2.- Si analizamos las relaciones dentro de la *población general* mediante el coeficiente de Pearson, que hemos desarrollado ampliamente en la parte de exposición de datos, vemos que se comportan con *relación inversa significativa*:

- Seguridad con prestación y decisión.
- Edad con prestación y con decisión.

Adjuntamos la tabla que muestra el estudio de correlaciones:

		Prestación	Riesgo	Decisión	Respeto	Autonomía
Seguridad	C Pearson	-,258	-,032	-,205	-,032	,016
	Sig (Bilateral)	,012	,759	,048	,058	,217
Edad	C Pearson	-,242	,061	-,259	-,121	-,099
	Sig (Bilateral)	,017	,546	,010	,235	,354

3.- De los estudios de correlación mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson ya expuestos en el análisis estadístico de la *población sanitaria*, demuestran la relación positiva de las siguientes variables:

		C Pearson	Sig (Bilateral)
Prestación	Protección	,308	,007
Respeto	Riesgo	,365	,001
Asistencia	Riesgo	,233	,044
Autonomía	Recién nacido	,272	,018

4.- Esto nos permite concluir que la primera dimensión establecida en el análisis factorial en ambas encuestas analizadas de forma separada *en la población general así como en la población sanitaria son comparables en modelo y nos permite establecer una relación entre ambas, ya que convergen en la mayoría de las variables (5 variables comunes), y las que no pertenecen a la dimensión, tienen relaciones estadísticamente significativas en el mismo sentido y de manera ostensible.*

5.- *El hecho que sean comparables en modelo la primera dimensión de ambas poblaciones, nos permite establecer comparaciones dimensionales entre sus medias, las cuales se reflejan en la tabla adjunta:*

	PG 55	PG 25	Ginecólogos	Matronas Auxiliares
Media	2,61	3,87	2,69	3,27
Desviación típica	0,48	0,45	0,62	Desviación media 0,60

6.- De estos datos se desprende que la dimensión aceptación del parto natural presenta las siguientes diferencias:

- A. *La población general femenina no acepta el parto natural como modelo principal de asistencia al parto con la mínima puntuación.*
- B. *Los ginecólogos muestran un rechazo al parto natural.*
- C. *Un tercio poblacional tiene las puntuaciones más elevadas para la dimensión de aceptación del parto natural.*
- D. *Las matronas y auxiliares se muestran levemente inclinadas hacia la aceptación del parto natural.*

B.-Segunda dimensión

La siguiente dimensión que vamos a analizar está compuesta por las siguientes proposiciones:

- Responsabilidad: En el parto natural, la gestante se siente responsable del parto.
- Definición: El parto natural es el que transcurre sin intervención médica alguna, desde su inicio hasta después del nacimiento.
- Anestesia: En el parto natural se puede emplear anestesia epidural, si la futura madre lo desea.
- Medicación: En el parto natural se emplea medicación como oxitocina.
- Libertad: La monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos.

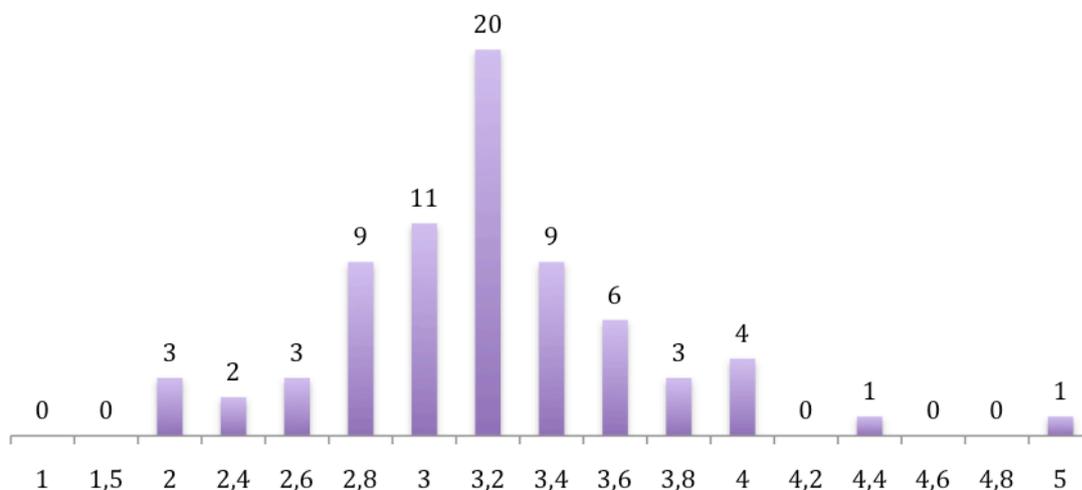
Todos tienen relación positiva entre ellos salvo *anestesia y medicación, que se relacionan negativamente.*

En esta dimensión los estadísticos han sido 75, sin ninguna pérdida. La media para esta dimensión es de 3,23 con una desviación típica de 0,53.

Un estudio estadístico posterior de esta dimensión no objetiva que existan dos subpoblaciones como en la primera dimensión.

El histograma para esta dimensión es el siguiente:

Segunda Dimensión



Los datos obtenidos de la estadística descriptiva son los siguientes:

- Los profesionales sanitarios opinan que, el enfoque del parto natural es que la gestante se siente protagonista de su parto. La media obtenida de para esta aseveración es de 3,75.
- Consideran que el parto natural, es el que transcurre sin intervención médica alguna, desde su inicio hasta después del nacimiento; con una puntuación obtenida de 3,89.
- Se muestran en contra de la posibilidad de emplear en el parto natural, anestesia epidural, si la futura madre lo desea; con una media de 2,41.
- Consideran que no se puede emplear en el parto natural, mediación como oxitocina con una valoración media muy negativa; del 1,95.
- Además los profesionales sanitarios consideran casi en su totalidad, con una media de 4,18 de puntuación, que la monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos.

En la tabla adjunta se objetivan los descriptivos para esta dimensión:

	Media	DT
Responsabilidad	3,75	1,11
Definición	3,89	1,22
Anestesia	2,41	1,43
Medicación	1,95	1,21
Libertad	4,18	0,85

B.1.- Estudio de las relaciones de las afirmaciones de esta dimensión con otras proposiciones

El estudio detallado de las relaciones de estas afirmaciones pertenecientes a la dimensión segunda con respecto a las demás variables es el expuesto a continuación:

1. Análisis de cualquier variable de la dimensión segunda con factor positivo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. También se han resaltado aquellas relaciones estadísticamente significativas.

		Prestación	Asistencia	Decisión	Edad
Responsabilidad	C Pearson	,268	,274	,219	,095
	Sig (Bilateral)	,020	,017	,059	,416
Definición	C Pearson	,180	,329	,119	,071
	Sig (Bilateral)	,122	,004	,318	,543
Anestesia	C Pearson	-,022	-,065	-,014	-,014
	Sig (Bilateral)	,850	,580	,905	,902
Medicación	C Pearson	,064	-,040	-,120	-,199
	Sig (Bilateral)	,583	,734	,304	,086
Libertad	C Pearson	,313	,211	-,118	,251
	Sig (Bilateral)	,006	,070	,313	,030

		Colisión	Vínculo	Intimidad	Gemelar
Responsabilidad	C Pearson	,151	,307	,491	,170
	Sig (Bilateral)	,197	,007	,000	,145
Definición	C Pearson	,137	,184	,011	,158
	Sig (Bilateral)	,240	,114	,923	,175
Anestesia	C Pearson	-,169	,004	-,045	,132
	Sig (Bilateral)	,146	,975	,701	,258
Medicación	C Pearson	-,163	-,016	-,157	,167
	Sig (Bilateral)	,162	,893	,178	,153

Libertad	C Pearson	-,035	,176	,297	-,034
	Sig (Bilateral)	,769	,131	,010	,772

		Normal	Protección	Complicaciones
Responsabilidad	C Pearson	-,033	,262	,331
	Sig (Bilateral)	,782	,023	,004
Definición	C Pearson	,029	,059	,273
	Sig (Bilateral)	,807	,617	,018
Anestesia	C Pearson	,132	,023	-,132
	Sig (Bilateral)	,258	,850	,257
Medicación	C Pearson	,109	-,164	,166
	Sig (Bilateral)	,361	,161	,155
Libertad	C Pearson	-,120	,445	,098
	Sig (Bilateral)	,920	,000	,401

		Matrona	Ayuda Médica
Responsabilidad	C Pearson	,270	,089
	Sig (Bilateral)	,019	,450
Definición	C Pearson	,219	,015
	Sig (Bilateral)	,059	,896
Anestesia	C Pearson	-,101	,077
	Sig (Bilateral)	,387	,510
Medicación	C Pearson	,186	-,251
	Sig (Bilateral)	,118	,030
Libertad	C Pearson	,245	,184
	Sig (Bilateral)	,034	,114

2. Análisis de cualquier variable de la dimensión segunda con factor negativo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. No se han encontrado relaciones estadísticamente significativas. Los datos se reflejan en las siguientes tablas:

		Autonomía	Riesgo
Responsabilidad	C Pearson	,160	-,042
	Sig (Bilateral)	,171	,723
Definición	C Pearson	-,015	-,029
	Sig (Bilateral)	,895	,807
Anestesia	C Pearson	,185	,097
	Sig (Bilateral)	,113	,408
Medicación	C Pearson	,068	,180
	Sig (Bilateral)	,583	,123
Libertad	C Pearson	,037	-,178
	Sig (Bilateral)	,752	,126

Las relaciones directas significativas son las siguientes:

- Los profesionales que respondieron de forma positiva a la proposición que en el parto natural, la gestante se siente protagonista de su parto (responsabilidad) también contestaron de forma positiva a: Llevar a cabo un parto natural (prestación); a dar cabida al parto natural en la cartera de servicios (asistencia); que la parturienta presenta un vínculo emocional mayor con su matrona en el parto natural (vínculo) y proporciona una mayor intimidad (intimidad); el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier estímulo (protección); las complicaciones son previsibles (complicaciones) y por último consideran acertado que en última instancia es la matrona la que decide si el parto necesita de ayuda médica (matrona).

Es decir, aquellas que entienden el papel protagonista de la gestante en su parto, también conocen los procedimientos del parto natural y sus ventajas; y les gustaría llevar a cabo un parto natural dentro del sistema sanitario.

- De definición con asistencia y complicaciones. Los que expresaron su acuerdo con la definición del parto natural también consideran que se debe incluir en la cartera de servicios y también consideran que las complicaciones que pueden surgir son previsibles.
- De medicación con ayuda médica. Los profesionales sanitarios que se posicionaron de acuerdo con la afirmación que en el parto se emplea medicación como oxitocina, también contestaron afirmativamente a que algunas complicaciones que surgen durante el parto, necesitan de ayuda médica rápida para solucionarse.
- Y de libertad con prestación, decisión, vínculo, protección y matrona. Los profesionales que valoran de forma positiva la aseveración que la monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos también se mostraron de acuerdo con las expresiones que atañen al enfoque del parto natural como protección frente a cualquier estímulo (protección), a que el parto natural proporciona un mayor vínculo emocional con su matrona (vínculo) y es esta quién en última instancia decide si un parto necesita ayuda médica

(matrona). También quieren llevar a cabo su parto natural si estuviera en las prestaciones sanitarias (prestación) y que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto (decisión).

B.2.- Análisis de los datos

En esta dimensión, todas las afirmaciones tienen relación positiva entre ellas salvo anestesia y medicación, que la tienen en sentido inverso. Las proposiciones giran en torno a la *esfera del conocimiento del parto natural*.

Las características de la definición del parto natural; de cómo la mujer se siente responsable del mismo, el no empleo de medicación ni de analgesia epidural; así como que la monitorización fetal discontinua empleada te proporciona libertad de movimientos son el eje del conocimiento.

La media para esta dimensión es de 3,2320; esto reflejaría un *grado de conocimiento intermedio*, ya que, el 1 sería el desconocimiento y el 5 el conocimiento máximo, si todos los factores dentro de la dimensión se relacionaran entre sí en el mismo sentido; pero en este caso no lo es, los factores se disponen en valores contrarios dentro del mismo eje.

Es decir, vemos valores muy altos para los factores positivos y bajos para los valores negativos. Si corregimos la media obtenida dentro de la dimensión según el signo que la integra, obtenemos la siguiente tabla:

	Medias	Signo	Media corregida
Responsabilidad	3,75	+	1,25
Definición	3,89	+	1,11
Anestesia	2,41	-	1,41
Medicación	1,95	-	0,95
Libertad	4,18	+	0,82
TOTAL	3,2320		3,894 (5-1,106)

Por lo tanto, *la media global corregida según el signo (positivo o negativo dentro de la matriz de componentes rotados) para esta dimensión es de 3,894, lo que demuestra que la población sanitaria en conjunto, es decir todas las categorías profesionales, son conocedoras de las características que definen el parto natural.*

C.- Tercera dimensión

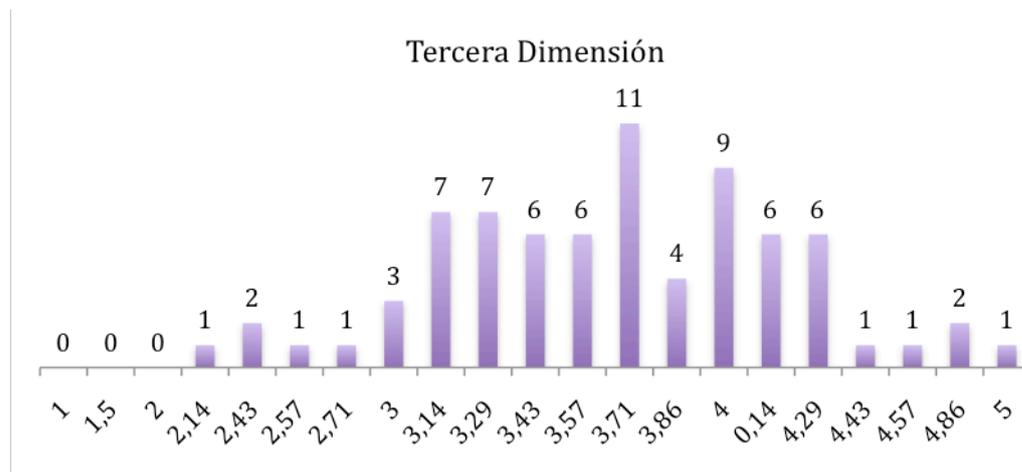
Las afirmaciones propuestas que se han ordenado en esta tercera dimensión han sido las siguientes:

- Mortalidad: El riesgo de muerte fetal y/o materna es una complicación infrecuente.
- Resultados: Los resultados materno fetales son iguales en el parto natural que en el parto medicalizado.
- Intervenciones: En el parto natural se realizan pequeñas intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de desgarros vaginales.
- Colisión: En algunas circunstancias, puede existir colisión entre los derechos de la madre y el recién nacido.
- Vínculo: El parto natural permite un vínculo emocional mayor entre la parturienta y su matrona, que en el parto hospitalario.
- Intimidad: El parto natural permite un clima de intimidad para la futura madre mayor que en el parto hospitalario.
- Lex Artis: Los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido.

Menos el término de colisión, todos tiene una relación positiva en esta dimensión.

Se ha tenido en cuenta las 75 encuestas, con una media de 3,66 y una desviación típica de 0,56.

El histograma para esta dimensión es:



La media corregida teniendo en consideración el factor negativo de la proposición colisión es de 3,62, variando muy poco con respecto a la inicial. En la tabla adjunta se refleja los datos de corrección:

	Medias	Según el signo	Media corregida
Mortalidad	3,64	+	1,18
Resultados	2,81	+	1,20
Intervenciones	3,71	+	1,07
Colisión	3,78	-	2,7
Vínculo	3,47	+	1,23
Intimididad	3,75	+	1,31
Lex Artis	4,45	+	0,80
TOTAL	3,66		3,62 (5 - 1,370)

El estudio posterior no refleja diferencias entre las profesiones diferentes.

Los datos de la estadística descriptiva para esta dimensión son:

- Los profesionales sanitarios piensan que el riesgo de muerte fetal y/o materna es una complicación infrecuente, con una puntuación media de 3,64.
- Se muestran en contra que los resultados materno-fetales sean iguales en el parto natural que en el parto medicalizado. La valoración ha sido de 2,81.

- Los profesionales sanitarios consideran que en el parto natural se pueden realizar intervenciones como monitorización fetal discontinua. La media obtenida es de 3,71 para esta proposición.
- Consideran globalmente que pueden existir colisión entre los derechos de la madre y del niño. Su puntuación es de 3,78.
- Aprecian que el parto natural puede proporcionar un mayor vínculo emocional con su matrona y un mayor grado de intimidad que en el parto hospitalario. Para estas afirmaciones las medias obtenidas son de 3,47 y 3,75.
- Por otro lado, creen que los profesionales debe emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido. La puntuación ha sido de 4,45.

C.1.- Estudio de las relaciones de las afirmaciones de esta dimensión con otras proposiciones

Las relaciones de las afirmaciones con otras variables de las demás dimensiones son:

1. Análisis de cualquier variable de la dimensión con factor positivo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. También se han resaltado aquellas relaciones estadísticamente significativas. Los datos se reflejan en las siguientes:

		Prestación	Asistencia	Respeto	Edad
Mortalidad	C Pearson	,084	,110	,141	,270
	Sig (Bilateral)	,474	,394	,228	,019
Resultados	C Pearson	,112	,184	,274	,138
	Sig (Bilateral)	,337	,114	,033	,238
Intervenciones	C Pearson	,232	,227	,377	,036
	Sig (Bilateral)	,045	,051	,001	,760
Colisión	C Pearson	,073	-,007	,058	-,241
	Sig (Bilateral)	,534	,953	,623	,037
Vínculo	C Pearson	,196	,196	,365	,141
	Sig (Bilateral)	,092	,092	,001	,226
Intimidad	C Pearson	,171	,234	,143	,057
	Sig (Bilateral)	,142	,043	,222	,627
Lex Artis	C Pearson	,022	-,006	,082	,180
	Sig (Bilateral)	,849	,961	,486	,123

		Respon sabilidad	Anestesia	Medicación	Libertad
Mortalidad	C Pearson	-,023	,120	,147	,189
	Sig (Bilateral)	,843	,305	,208	,105
Resultados	C Pearson	,075	-,005	,019	,316
	Sig (Bilateral)	,522	,968	,873	,006
Intervenciones	C Pearson	,081	,131	,055	,201
	Sig (Bilateral)	,489	,262	,637	,084
Colisión	C Pearson	,151	-,169	-,163	-,035
	Sig (Bilateral)	,197	,146	,162	,769
Vínculo	C Pearson	,307	,004	-,016	,176
	Sig (Bilateral)	,007	,975	,893	,131
Intimidación	C Pearson	,491	-,045	-,157	,297
	Sig (Bilateral)	,000	,701	,178	,010
Lex Artis	C Pearson	,079	,029	,046	,013
	Sig (Bilateral)	,501	,804	,693	,911

		Normal	Protección	Rn	Complicaciones
Mortalidad	C Pearson	,228	,046	,138	,152
	Sig (Bilateral)	,052	,694	,239	,194
Resultados	C Pearson	-,049	,119	,216	,181
	Sig (Bilateral)	,678	,311	,063	,120
Intervenciones	C Pearson	,012	-,038	,202	-,059
	Sig (Bilateral)	,918	,747	,082	,614
Colisión	C Pearson	-,113	,106	-,227	-,003
	Sig (Bilateral)	,340	,365	,050	,982
Vínculo	C Pearson	,174	,211	,110	,020
	Sig (Bilateral)	,141	,069	,347	,862
Intimidación	C Pearson	-,061	,315	,272	-,062
	Sig (Bilateral)	,608	,006	,018	,596
Lex Artis	C Pearson	,059	,098	,100	-,062
	Sig (Bilateral)	,619	,404	,393	,596

		Matrona	Experiencia
Mortalidad	C Pearson	,062	,097
	Sig (Bilateral)	,597	,406
Resultados	C Pearson	,179	,054
	Sig (Bilateral)	,125	,644
Intervenciones	C Pearson	,066	,036
	Sig (Bilateral)	,572	,761
Colisión	C Pearson	-,070	-,035
	Sig (Bilateral)	,551	,764
Vínculo	C Pearson	,223	-,119
	Sig (Bilateral)	,054	,311
Intimidación	C Pearson	,273	-,085
	Sig (Bilateral)	,018	,467

Lex Artis	C Pearson	,306	-,137
	Sig (Bilateral)	,008	,241

2. Análisis de cualquier variable de la dimensión con factor negativo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. También se han resaltado con color, aquellas relaciones estadísticamente significativas. Los datos se reflejan en las siguientes tablas:

		Decisión	Gemelar	Embarazo
Mortalidad	C Pearson	-,025	,045	-,165
	Sig (Bilateral)	,078	,702	,158
Resultados	C Pearson	-,101	-,238	-,042
	Sig (Bilateral)	,365	,040	,722
Intervenciones	C Pearson	-,101	-,113	,044
	Sig (Bilateral)	,365	,335	,722
Colisión	C Pearson	,081	,043	,104
	Sig (Bilateral)	,489	,712	,374
Vínculo	C Pearson	,007	,136	,006
	Sig (Bilateral)	,954	,244	,957
Intimidad	C Pearson	,050	-,248	,031
	Sig (Bilateral)	,670	,032	,794
Lex Artis	C Pearson	,132	,047	,115
	Sig (Bilateral)	,259	,687	,327

Las relación directas que estadísticamente son significativas:

- Mortalidad con edad. Conforme las personas preguntadas tienen más edad, consideran que el riesgo de muerte fetal y/o materna es una complicación infrecuente.
- Resultados con respeto y libertad. El personal sanitario que contestó como afirmativo que los resultados maternos –fetales son iguales para el parto natural que en el parto medicalizado, también consideran que los profesionales debe respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto y por otro lado, consideran que la monitorización fetal discontinua, aporta libertad de movimientos.

- Intervenciones con edad. A mayor edad de los encuestados, más consideran que en el parto natural, se pueden realizar intervenciones como monitorización fetal discontinua.
- Intervenciones y respeto. Los profesionales sanitarios que están de acuerdo con la expresión, que en el parto natural se pueden llevar a cabo intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de desgarros, también creen que se debe respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto.
- Colisión con edad. A mayor edad, mayor creencia que pueden existir colisión entre los derechos de la madre y el recién nacido.
- Colisión con recién nacido. Los profesionales sanitarios que consideran que pueden existir colisión entre los derechos de la madre y el recién nacido, y que se deben respetar los derechos de ambos.
- Vínculo con respeto y responsabilidad. Los profesionales que creen que el parto natural proporciona mayor vínculo emocional con su matrona, también creen que la madre, en el parto natural, se siente responsable del mismo.
- Intimidad con asistencia, responsabilidad, libertad, protección, recién nacido y matrona. Aquellos profesionales que consideran que el parto natural proporciona más intimidad que el parto medicalizado, también se muestran de acuerdo con las proposiciones siguientes: Creen que la mujer es responsable en el parto natural; que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier estímulo; consideran que la monitorización proporciona libertad de movimientos; creen que se deben respetar los derechos de la madre de igual manera que los del recién nacido y por último también consideran que la matrona, en el parto natural, es quién en última instancia decide si el parto necesita ayuda médica.
- Lex artis con matrona. Aquellos profesionales que piensan que se debe actuar según lex artis creen que, la matrona es en última instancia, quién decide si el parto natural necesita ayuda médica.

Las relaciones inversas significativamente estadísticas son:

- Resultados y gemelar: Los profesionales que consideran que existen los mismos resultados materno fetales en ambos partos, no creen que el parto natural se pueda llevar a cabo en todos los partos; como gemelares o podálicos.
- Intimidad y gemelar. Los que creen que el parto natural proporciona un clima de intimidad mayor que el parto hospitalario, se muestran en contra que el parto natural se pueda llevar a cabo en todos los posibles partos.

C.2.- Análisis de los datos

Las proposiciones que se han relacionado en esta dimensión refleja los posibles *atributos del parto natural*. El hecho que, la muerte fetal y/o materna es una complicación infrecuente, la mayor intimidad y vínculo emocional en el parto natural, junto a la opinión de igualdad en resultados perinatales nos acerca a unas características positivas frente al parto hospitalario.

Entendemos aquí la relación de Lex Artis y de las pequeñas intervenciones, como la aplicación racional y basada en evidencia de las medidas necesarias, que se realizan en el parto natural en contraposición del intervencionismo mayor del parto hospitalario. Así pues, entendido desde este punto de vista, también constituiría un atributo positivo.

A la luz de los datos encontrados, y analizados, su media corregida de 3,62, refleja que *los sanitarios otorgan una valoración positiva hacia esta dimensión, valorando las posibles ventajas del parto natural*, puesto que el parto natural, podría proporcionar mayor intimidad y vínculo que el parto hospitalario con los mismos resultados, permitiendo pequeñas intervenciones todas basadas en la evidencia.

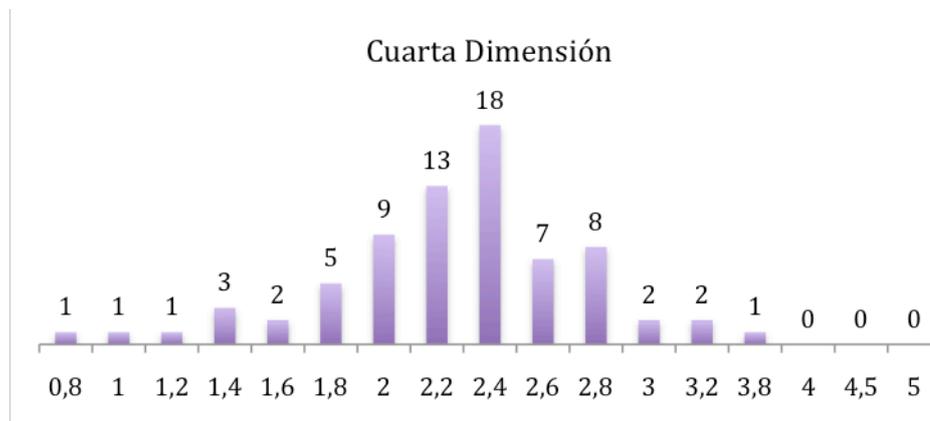
D.- Cuarta dimensión

La siguiente dimensión analizada está formada por las variables que se muestran a continuación:

- Distancia: La distancia de la vivienda al hospital puede ser una causa de imposibilidad para el parto natural.
- Gemelar: El parto natural se puede llevar a cabo en todos los posibles partos (gemelares, podálicos...).
- Normal: El parto natural es sinónimo de parto normal.
- Protección: El enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva.

Hay una relación positiva entre gemelar y normal e inversa entre distancia y protección. Los estadísticos empleados para esta dimensión han sido 73, con una pérdida de dos.

El histograma para esta dimensión es el siguiente:



La media es de 2,83 y una desviación típica de 0,50. Pero si tenemos en cuenta los signos de distribución dentro de la dimensión, la media corregida es de 2,56. Los datos se reflejan en la siguiente tabla adjunta:

	Medias	Signo	Media corregida
Distancia	3,19	-	2,19
Gemelar	2,26	+	2,74
Normal	2,53	+	2,47
Protección	3,36	-	2,36
TOTAL	2,835		2,56 (5-2,44)

El estudio por estamentos no demuestra diferencias significativas entre ellos.

Los datos obtenidos de la estadística descriptiva para esta dimensión son los siguientes:

- Los profesionales sanitarios se muestran ligeramente a favor que la distancia de la vivienda al hospital, puede ser causa de imposibilidad de llevar a cabo un parto natural, puesto que la valoración es de 3,19.
- Se muestran en contra que el parto natural se pueda llevar a cabo en todos los posibles partos, ya que la puntuación media valorada es de 2,26.
- No consideran un parto normal como sinónimo de parto natural. La puntuación media obtenida para esta afirmación es de 2,53.
- El enfoque del parto natural consideran que es la protección frente a cualquier factor que lo perturbe; esta aseveración ha sido valorada en 3,36.

D.1.- Estudio de las relaciones de las afirmaciones de esta dimensión con otras proposiciones

Las relaciones obtenidas con otras variables se analizan a continuación:

1. Análisis de cualquier variable de la dimensión con factor positivo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. También se han resaltado aquellas relaciones estadísticamente significativas. Los datos se reflejan en las siguientes tablas:

		Asistencia	Respeto	Decisión	Edad	Definición
Distancia	C Pearson	,047	-,169	-,120	,040	,086
	Sig (Bilateral)	,687	,147	,304	,734	,464
Gemelar	C Pearson	,105	,130	,072	-,124	,158
	Sig (Bilateral)	,369	,265	,542	,288	,175
Normal	C Pearson	,236	,320	,106	,054	,029
	Sig (Bilateral)	,004	,006	,372	,653	,807
Protección	C Pearson	,119	-,189	,022	-,108	,059
	Sig (Bilateral)	,308	,104	,853	,355	,617
Embarazo	C Pearson	-,172	-,063	-,039	-,057	,086
	Sig (Bilateral)	,139	,589	,737	,627	,462

		Anestesia	Medicación	Mortalidad	Vínculo	Lex Artís	Complicaciones
Distancia	C Pearson	-,207	-,144	-,045	-,121	,021	,000
	Sig (Bilateral)	,075	,218	,696	,303	,856	,998
Gemelar	C Pearson	,132	,167	,045	,136	,047	,181
	Sig (Bilateral)	,258	,153	,702	,244	,687	,119
Normal	C Pearson	,023	,109	,228	,174	,059	,111
	Sig (Bilateral)	,850	,361	,052	,141	,619	,350
Protección	C Pearson	-,149	-,164	,046	,211	,098	,134
	Sig (Bilateral)	,203	,161	,694	,699	,404	,252
Embarazo	C Pearson	-,164	-,130	-,165	,006	,115	-,150
	Sig (Bilateral)	,161	,268	,158	,957	,327	,200

2. Análisis de cualquier variable de la dimensión con factor negativo en la matriz de componentes rotados con el resto de variables de las otras dimensiones a través de coeficiente de Correlación de Pearson. También se han resaltado aquellas relaciones estadísticamente significativas. Los datos se reflejan en las siguientes tablas:

		Autonomía	Resultados	Intervenciones	Colisión
Distancia	C Pearson	,191	,074	-,008	-,072
	Sig (Bilateral)	,101	,699	,943	,538
Gemelar	C Pearson	,087	-,238	-,113	,043
	Sig (Bilateral)	,459	,040	,335	,712
Normal	C Pearson	-,006	-,049	,012	-,113
	Sig (Bilateral)	,960	,678	,918	,340
Protección	C Pearson	-,189	,119	,216	,106
	Sig (Bilateral)	,104	,311	,063	,365
Embarazo	C Pearson	-,039	-,042	,044	,104
	Sig (Bilateral)	,737	,722	,708	,374

		Intimidad	Involuntario	Tiempo
Distancia	C Pearson	,214	,137	,213
	Sig (Bilateral)	0,65	,242	,067
Gemelar	C Pearson	-,248	,059	-,152
	Sig (Bilateral)	,032	,613	,194
Normal	C Pearson	-,061	-,003	,042
	Sig (Bilateral)	,608	,977	,727
Protección	C Pearson	,315	,326	-,038
	Sig (Bilateral)	,006	,004	,747
Embarazo	C Pearson	,031	,096	,097
	Sig (Bilateral)	,794	,412	,408

Las relaciones directas significativas son las siguientes:

- Normal con asistencia y respeto. Los profesionales que opinan que el parto natural es sinónimo de parto normal, también creen que las instituciones sanitarias deben dar cabida al parto natural, a la vez que también creen que se deben respetar todas las decisiones de la gestante en su plan de parto.

Y las relaciones inversas estadísticamente significativas han sido:

- Gemelar con intimidad. Los profesionales que creen que el parto natural se puede llevar a cabo en cualquier parto, no creen que el parto natural proporcione un mayor clima de intimidad, que el parto hospitalario.
- Protección con intimidad e involuntario. Aquellos que consideraron que el enfoque del parto natural, es la protección frente a cualquier estímulo, opinan en contra que el parto es una acto involuntario y que proporciona mayor grado de intimidad que el parto hospitalario.

C.2.- Análisis de los datos

El hecho de que la distancia puede ser un impedimento para llevar a cabo un parto natural junto a la imposibilidad de realizar un parto natural en presentaciones podálicas o en gemelares, constituyen un posible *inconveniente para un parto natural*. Estas dos proposiciones son las de más peso dentro de esta dimensión.

Podríamos incluir en este eje, como inconveniente, la interpretación negativa de protección de factores externos del parto.

Las afirmaciones corregidas dentro de la dimensión según el signo que presentan quedan de la manera siguiente:

- La distancia de la vivienda al hospital no imposibilita un parto natural.
- El parto natural se puede llevar a cabo en todos los posibles partos.
- En el parto natural, no se trata de proteger a la gestante de cualquier factor externo, como la luz excesiva.

En estas formulaciones, los profesionales han opinado desfavorablemente; con una media dimensional corregida de 2,56.

Por tanto, creen que no se pueden llevar a cabo en todos los partos; la distancia puede ser causa de imposibilidad y por último, creen que hay que proteger a la gestante de factores externos dentro de un contexto de parto natural.

Por consiguiente, la población sanitaria, objetiva los posibles inconvenientes del parto natural frente al parto hospitalario.

Afirmaciones que en la encuesta se relaciona positivamente las dos:

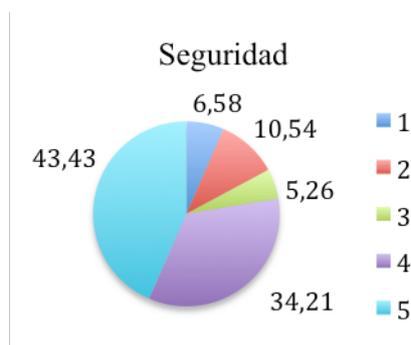
- Prestación y responsabilidad.
- Seguridad y riesgo.
- Respeto y resultados.
- Respeto y vínculo.
- Respeto e intervenciones.
- Respeto y normal.
- Asistencia y responsabilidad.
- Asistencia y definición.
- Asistencia e intimidad.
- Asistencia y normal.
- Edad y colisión.
- Responsabilidad y vínculo.
- Responsabilidad e intimidad.
- Lex Artis y matrona.

Afirmaciones que se relacionan inversamente pero ambas: Intimidad y gemelar. Los sanitarios que se muestran en contra de la intimidad también se muestran en contra de gemelar y al revés, los que están en desacuerdo de gemelar también lo hacen de intimidad.

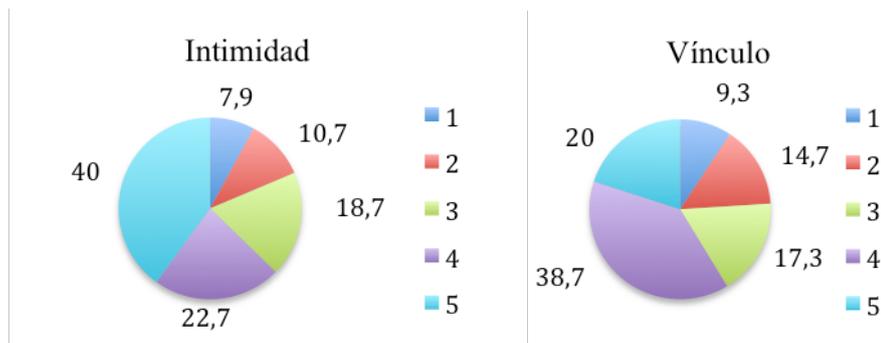
2.3.- Datos obtenidos de la población sanitaria

Los datos obtenidos en la población sanitaria se muestran seguidamente, de forma resumida:

- Los *profesionales sanitarios consideran el parto hospitalario más seguro que el parto natural*, con una valoración media de 3,96.



- Consideran que *no se debe respetar cualquier decisión de la gestante*, incluido, si esta supone un riesgo vital para el recién nacido. La valoración obtenida es de 2,49.
- Tampoco se muestran de acuerdo con la afirmación que la futura madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto. La media puntuada es de 2,23.
- Los *profesionales sanitarios piensan que el riesgo de muerte fetal y/o materna es una complicación infrecuente*, con una puntuación de 3,64.
- Se muestran en contra que los resultados materno–fetales sean iguales en el parto natural que en el parto medicalizado. La valoración media ha sido de 2,81.
- Los profesionales sanitarios consideran que en el parto natural se pueden realizar intervenciones como monitorización fetal discontinua. La media obtenida es de 3,71 para esta proposición.
- Consideran *globalmente que pueden existir colisión entre los derechos de la madre y del niño*. Su puntuación es de 3,78.
- *Aprecian que el parto natural puede proporcionar un mayor vínculo emocional con su matrona y un mayor grado de intimidad que en el parto hospitalario*. Para estas afirmaciones las medias obtenidas son de 3,47 y 3,75.



- Creen que *los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido*. Ha sido la puntuación más valorada de toda la encuesta con una puntuación de 4,45.
- Los profesionales sanitarios *se muestran ligeramente a favor que la distancia de la vivienda al hospital puede ser causa de imposibilidad de llevar a cabo un parto natural*, puesto que la valoración es de 3,19.
- Se muestran *en contra que el parto natural se pueda llevar a cabo en todos los posibles partos*, ya que la puntuación media valorada es de 2,26.
- *No consideran un parto normal como sinónimo de parto natural*. La puntuación media obtenida para esta afirmación es de 2,53.
- *El enfoque del parto natural lo consideran que es la protección frente a cualquier factor que lo perturbe*. Esta aseveración ha sido valorada en 3,36.
- *Los profesionales sanitarios se muestran de acuerdo que en el parto natural, la gestante se siente protagonista de su parto*. La media obtenida de para esta aseveración es de 3,75.
- Consideran que el parto natural es el que transcurre sin intervención médica alguna, desde su inicio hasta después del nacimiento, con una puntuación obtenida de 3,89.
- *Se muestran en contra de la posibilidad de emplear en el parto natural, anestesia epidural si la futura madre lo desea*, con una media de 2,41.
- Opinan que *no se pueden emplear en el parto natural mediación como oxitocina* con una valoración media muy negativa, del 1,95.
- Además los profesionales sanitarios consideran casi en su totalidad, con una media de 4,18 de puntuación, que la monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos.
- Diferencias entre ginecólogos y el binomio matronas y auxiliares:

- I. Los ginecólogos se muestran en contra de llevar a cabo un parto natural si estuviese en la cartera de servicios, con una puntuación de 2,21, frente al resto del personal sanitario de las unidades maternos fetales, que si les gustaría llevarlo a cabo con una media de 3,30.
- II. Las matronas y auxiliares se muestran a favor que las instituciones sanitarias incluyan en su cartera de servicios, la asistencia al parto natural, con un posicionamiento de 3,59 frente a la media obtenida por los ginecólogos de 2,94, que se muestran indiferentes.
- III. Con respecto al concepto de seguridad en el parto. Los ginecólogos se muestran muy de acuerdo con la expresión que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural, con una media obtenida de 4,39; frente al grupo de matronas y auxiliares que presentan una media más baja de 3,62, pero también de acuerdo.
- IV. Ambos grupos se muestran en contra con la afirmación; que los profesionales sanitarios deban respetar cualquier decisión de la madre, sean cuales sean en su plan de parto; pero los ginecólogos expresan un rechazo mayor que las otras dos profesiones. Las medias para esta afirmación han sido 2,30 y 2,67 respectivamente.
- V. Lo mismo ocurre con la proposición que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto. La profesión sanitaria en su conjunto expresa un rechazo a esta afirmación, siendo una valoración más negativa por parte de los ginecólogos que las matronas y auxiliares. Las medias obtenidas para la variable decisión han sido de 1,85 y 2,5 respectivamente.
- VI. Con respecto a entender el parto dentro del principio de autonomía; los ginecólogos se muestran en desacuerdo con la expresión y así su media es de 2,73; en contraposición, las matronas y auxiliares se muestran a favor, con una puntuación de 3,625.

2.4.- Discusión y conclusiones de la población sanitaria

Entre la población sanitaria, hay disparidad en la valoración del parto natural; por un lado, hay un sector formado por matronas y auxiliares, que muestra estar más receptivo al

parto natural que la población sanitaria, formada por obstétricas, que muestra un rechazo hacia el parto natural.

A. Los ginecólogos se posicionan de la siguiente manera:

- a. El parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
- b. No les gustaría llevar a cabo, para sí mismos, un parto natural.
- c. No consideran que la madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- d. No creen que deba respetarse las decisiones de la gestante, sean cuales sean.
- e. No consideran que el parto natural se englobe dentro del principio de autonomía.
- f. Muestran indiferencia a la incorporación del parto natural dentro de la cartera de servicios.

B. Por otro lado, el binomio compuesto por matronas y auxiliares vinculadas a unidades materno-fetales opinan que:

- a. El parto natural debe ser incluido en la cartera de servicios.
- b. Y si esto fuera así, les gustaría llevarlo a cabo, aunque piensan que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
- c. Al igual que los ginecólogos no creen que se deba respetar todas las decisiones de la gestante.
- d. No creen que la gestante tenga la capacidad de decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- e. Por otro lado, entienden el parto natural dentro del principio de autonomía.

C. Con respecto a la opinión de los profesionales sanitarios sobre el parto natural, hay muy pocas publicaciones desde hace dos décadas hasta la fecha. Dos de ellas son publicadas en 1995³⁰⁵ y 1996³⁰⁶. Este último es el Holanda, donde ya hemos comentado que tienen un sistema sanitario diferente al nuestro.

³⁰⁵ L. FLOYD., «Community midwives' views and experience of home birth» en *Midwifery* 11 (1995) 3-10.

³⁰⁶ J. DAVES.- E. HEY.- W. REID.- G. YOUNG., «Prospective regional study of planned home birth» en *BMJ* 313 (1996) 91-97.

D. De las publicaciones recientes, más en consonancia con nuestro sistema actual, la discusión es la siguiente:

a. El primer autor de referencia es Vedam y sus colaboradores; cinco publicaciones tiene:

1.- El primer artículo es publicado en 2009³⁰⁷. Introduce su artículo aseverando que la actitud hacia el parto natural por parte de los profesionales sanitarios, condiciona la información y el proceso de toma de decisiones por parte de la paciente. Así se propone realizar un estudio sobre la actitud de las matronas frente al parto natural y un segundo análisis para explorar los predictores de opinión de las matronas hacia el parto natural. Para ello diseña una encuesta (PAPHB) que el mismo valida. El resultado es de 78,77 (rango de 20-100). Considera que un predictor positivo hacia la opinión sobre el parto natural en las matronas es la educación en el mismo desde estudiante de enfermería y de residente.

2.- El siguiente artículo, del 2010³⁰⁸, hace referencia a la actitud de las matronas en Estados Unidos frente al parto planificado domiciliario. Para ello utiliza la encuesta que había validado previamente de forma cualitativa y cuantitativa (PAPHB).

De las encuestadas, el 92 % atienden sus partos en hospitales y un 74 % nunca ha realizado un parto en casa. Los datos obtenidos en la escala es de 78,77 (con un posible rango de 20 a 100) , lo que indica en general una actitud favorable de las matronas certificadas en Estados Unidos hacia el parto natural. Además encuentra diferencias significativas con las matronas que asisten partos en casa, ya que tiene una puntuación ostensiblemente mayor, de 82,45.

Estos dos artículos están basados en el mismo trabajo realizado, así pues, sus conclusiones son las mismas.

³⁰⁷ S. VEDAM.- K. STOLL.- L. SCHUMMERS.- S. WHITE.- J. AAKER., «Nurse-midwife' experiences with planned home birth: impact on attitudes and practice» en *Birth* 36 4 (2009) 274-282.

³⁰⁸ S. VEDAM.- K. STOLL.- J. AAKER., «Assessing certified nurse-midwives' attitudes towards planned home birth» en *J Midwife Womens Health* 55 2 (2010) 133-142.

3.-En Octubre 2012³⁰⁹, los autores publican un estudio sobre la práctica de los profesionales sanitarios en el parto natural. Múltiples factores son estudiados, como son la educación, experiencias previas, cómo afrontan la demanda de un parto natural por parte de sus pacientes. *Sus conclusiones son que los médicos de familia y los obstétricos consideran el parto hospitalario más seguro que el parto natural, a diferencia de las matronas.* Y ambos creen que sus opiniones están basadas en evidencia clínica.

Este estudio difiere de los datos encontrados en nuestro estudio, ya que en Murcia, todos los estamentos sanitarios creen que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural. Probablemente las diferencias encontradas sean reflejo de los sistemas sanitarios que existen, puesto que en Canadá, el parto domiciliario es una opción posible de nacimiento.

4.- El artículo de Marzo del 2014³¹⁰, publican el grupo de autores, un estudio de la actitud hacia el parto natural entre las matronas acreditadas en EEUU y Canadá. *En general, las matronas canadienses presentan una actitud más favorable que las estadounidenses.*

5.- En el último artículo publicado, de Octubre del 2014³¹¹, estudia la actitud de los profesionales sanitarios en Canadá hacia el parto domiciliario. Modifican la encuesta previamente diseñada (ya comentada anteriormente) *Su estudio refleja que las matronas muestran una actitud positiva hacia el parto natural frente a una opinión negativa de los ginecólogos; una media de 80 para matronas, frente a un 33 de los ginecólogos; de una variación posible de 17 a 85.*

³⁰⁹ S. VEDAM.- K. STOLL.- L. SCHUMMERS.- N. FAIRBROTHER.- M.C. KLEIN.- D. DHARAMSI.- J. ROGERS.- R. LISTON.- J. KACZOROWSKI.- G.K. GHONG., «The Canadian birth place study: describing maternity practice and providers' exposure to home birth» en *Midwifery* 28 5 (2012) 600-608.

³¹⁰ S. VEDAM.- K. STOLL.- L. SCHUMMERS.- J. ROGERS.- L. PAINE., «Home birth in North America: Attitudes and Practice of US Certified Nurse-Midwife and Canadian registered Midwives» en *J Midwifery Womens Health* 59 2 (2014) 141-152.

³¹¹ S. VEDAM.- K. STOLL.- L. SCHUMMERS.- N. FAIRBROTHER.- M.C. KLEIN.- D. DHARAMSI.- J. ROGERS.- R. LISTON.- J. KACZOROWSKI., «The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home Birth» en *BMC Pregnancy Childbirth* 28 (2014) 353.doi:10.1186/1471-2393-14-353.

b. En Septiembre del 2009, firmado por Klein³¹², se investiga cuales son las actitudes de los profesionales sanitarios hacia el parto y nacimiento. Diseña cuestionarios con muchos puntos de estudio (actitud hacia la episiotomía de rutina; actitud hacia las doulas; actitud hacia el registro cardiotocográfico; hacia la analgesia epidural, etc) *Concluye que las matronas y doulas reflejan una actitud más positiva hacia el parto natural que los obstétricas.*

c. Una publicación en Australia³¹³, en 2013, explora los diferentes puntos de vista en los profesionales sanitarios, empleando un estudio cualitativo a través de una encuesta. Su estudio no trata de ver las posiciones de los diferentes estamentos, sino de analizar las razones de los posicionamientos en contra o a favor del parto natural. En sus resultados, concluye que las diferencias encontradas entre matronas y obstétricas es debido a las diferencias en la formación y filosofía que tienen estos dos estamentos, donde *las matronas tiene un posicionamiento más favorable que los obstétricas.*

d. La siguiente referencia es de Julio del 2014, es sobre la opinión de los profesionales sanitarios en el Reino Unido sobre el parto natural³¹⁴.

- i. Su trabajo lo desarrolla a través de la realización de una encuesta formulada por ellos; con valores de anclaje del 0 al 10. Se validó de forma cualitativa. Las conclusiones sobre este artículo, refrendan los datos y conclusiones en nuestra investigación.
- ii. En su trabajo, publican que *las matronas se muestran más entusiastas que los ginecólogos hacia el parto natural de forma significativa, a la vez que a estas les gustaría realizar su propio parto, el de sus familiares o el de amigas en casa. A diferencia, los ginecólogos no les gustaría realizar a sus familiares ni amigas, ni a ellos mismos un parto natural.*
- iii. En cuanto al apoyo institucional para aumentar la tasa de parto natural; al igual que en el trabajo de investigación, *las matronas se muestran*

³¹² M.C KLEIN.- J. KACZOROWSKI.- W.A. HALL.- W. FRASER.- R.M. LISTON.- S. EFTEKHARY.- R. BRANT.- L.C. MÂSSE.- J. ROSINSKI.- A. MEHRABADI.- N. BARADARAN.- J. TOMKINSON.- S. DORE.- P.C. MCNIVEN.- L. SAXELL.- K. LINDSTROM.- J. GRANT.- A. CHAMBERLAINE., «The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities» en *J Obstet Gynaecol Can* 31 9 (2009) 827-840.

³¹³ H. HOANG.- Q. LE.- S. KILPATRICK.- M. JONA.- N. FERNANDO., «The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: a quantitative study» en *Women Birth* 26 1 (2013) 55-59.

³¹⁴ A. MCNUTT.- A. THORNTON.- P. SIZER.- A. CURLEY.- P. CLARKE., «Opinions of UK perinatal Health care professionals on home Birth» en *Midwifery* 30 (2014) 7:839-46.

partidarias del apoyo institucional y los ginecólogos y médicos de familia se posicionan de forma neutra. Por el contrario, preguntados a neonatólogos, estos se muestran en contra del apoyo institucional.

e. Con respecto a España, *no ha publicaciones de las actitudes de los profesionales sanitarios hacia el parto natural.*

En Julio del 2014, una publicación catalana, estudia las opiniones de los profesionales sanitarios hacia el parto normal³¹⁵, es decir, el parto hospitalario de baja intervención, y las actitudes de estos profesionales hacia las recomendaciones para llevarlo a cabo. En este sentido publican que *las matronas muestran un mayor grado de aceptación y aplicación de estas medidas con respecto a los ginecólogos.* Para llevar a cabo este estudio también diseñan su propia encuesta, la cual validan de forma cualitativa y cuantitativa.

En conclusión, los datos obtenidos en nuestra investigación para la población sanitaria de la Región de Murcia, están en consonancia con los publicados, lo que da consistencia a nuestro estudio.

La población sanitaria en la totalidad de sus estamentos, *son conocedores de las características que definen el parto natural y de sus posibles ventajas*, puesto que podría proporcionar mayor intimidad y vínculo que el parto hospitalario con los mismos resultados, permitiendo pequeñas intervenciones todas basadas en la evidencia. También se *muestran conocedores de sus posibles limitaciones de aplicación* en un entorno sanitario consensuado (criterios ya expuestos de aplicabilidad) como puede ser una distancia excesiva a un centro sanitario o la gemelaridad.

³¹⁵ M.R. RUIZ.- J.T LIMONERO., «Professional attitudes towards normal childbirth in a shared care unit» en *Midwifery* 30 (2014)7:817-24.

3.-CONSIDERACIONES DE LOS ASPECTOS BIOÉTICOS

3.1.- Estadística descriptiva de los aspectos bioéticos

Los aspectos de bioética se han imbricado en el estudio factorial de forma transversal, apareciendo en todas las dimensiones analizadas.

Las afirmaciones que hemos establecido dentro de la encuesta como parte de bioética son las siguientes:

- **Decisión:** Crees que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- **Autonomía:** El parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía.
- **Respeto:** Los profesionales deben respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- **Rn:** Los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido.
- **Riesgo:** Se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque suponga esta suponga un riesgo vital para el recién nacido.
- **Lex artis:** Los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido.
- **Colisión:** En algunas circunstancias, puede existir colisión en los derechos de la madre y el recién nacido.

A continuación vamos a desarrollar un estudio descriptivo, primero en la población general y posteriormente en la población sanitaria.

A.- Población general

La mayoría de las afirmaciones que hemos seleccionado dentro de la bioética, en la población general, se ubican dentro de la primera dimensión nominada como aceptación del parto natural. Estas afirmaciones son: riesgo, respeto, decisión, recién nacido y autonomía. Las afirmaciones de colisión y lex artis pertenecen a la segunda dimensión analizada que hemos denominado aceptación del parto hospitalario.

Como ya hemos desarrollado previamente, la primera dimensión de la población general, se dividía en dos subgrupos poblacionales diferentes estadísticamente; una compuesta por dos tercios de la población (denominada sub 55) y otra que representa el

tercio restante (denominada población sub 25). Esto no ocurre así, en la segunda dimensión.

Esta diferenciación, nos hace tener diferentes opiniones dentro de la población general para algunos aspectos de bioética; una mayoritaria y otra minoritaria.

Las medias de la población de forma global y subdividida en las subpoblaciones estadísticamente diferentes, son las que se muestran en la tabla adjunta:

	Media	Media sub55	Media sub25
Riesgo	2,08	1,60	3,24
Respeto	3,10	2,45	4,36
Decisión	2,55	2,25	3,12
Recién nacido	3,90	3,62	4,68
Autonomía	3,15	3,02	3,84
Lex Artis	4,55		
Colisión	3,68		

Así pues, la población femenina mayoritariamente considera lo siguiente:

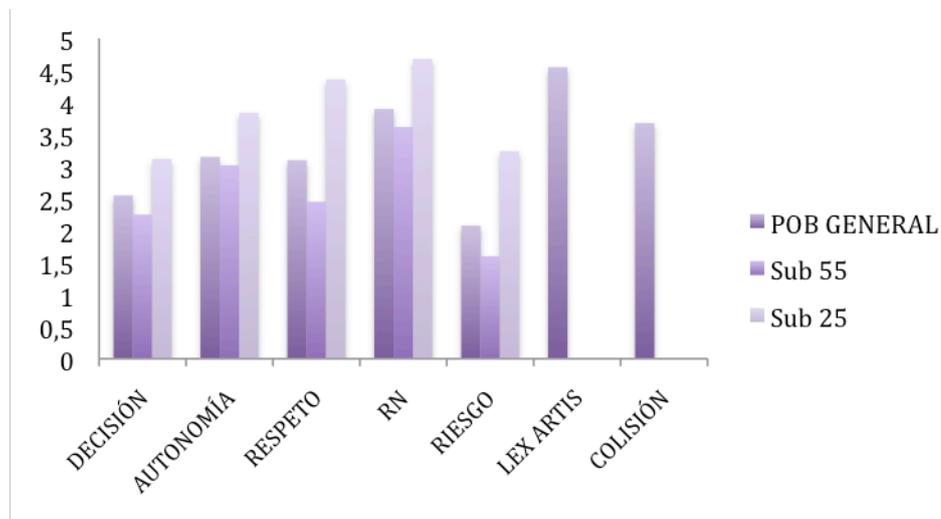
- a. No se deben respetar cualquier decisión de la gestante, incluido si esta supone un riesgo vital para el recién nacido.
- b. Crean que la futura madre no dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- c. Que los profesionales no deben respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto.
- d. Indiferencia con respecto al principio de autonomía aplicado en el parto natural.

Por otro lado, el subgrupo poblacional minoritario, que representa un tercio poblacional, se posiciona de la siguiente manera:

- a. Comprende el parto natural dentro del principio de autonomía.

- b. Creen que se deben respetar cualquier decisión de la futura madre en su plan de parto.
- c. Que pueden existir circunstancias donde se produzca colisión en los derechos de la madre y el recién nacido; que cuando esto ocurra se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque esta suponga un riesgo vital para el recién nacido.
- d. Por otro lado consideran que la madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucren su parto.
- e. Y cuando actúen los profesionales sanitarios, estos deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido.

El gráfico que lo representa es el siguiente:



Como conclusión, podemos afirmar que la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia, de forma mayoritaria, no se muestra conforme con la ética principalista preponderante aplicada en el parto natural, donde es un derecho de la mujer elegir el parto que ella quiera y que la interposición de los profesionales sanitarios en su decisión violarían sus derechos.

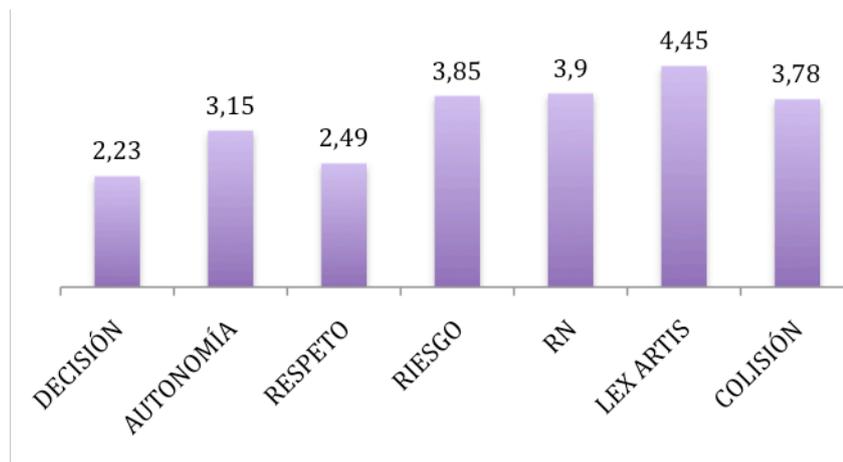
La población de forma mayoritaria no cree que la futura madre disponga de la capacidad de decisión y si su decisión constituye un riesgo vital para el recién nacido, no se debe respetar. De igual manera, no creen que los profesionales sanitarios deban respetar cualquier decisión de la gestante. Así pues, la población murciana, globalmente no comparte la ética principalista del parto natural.

En yuxtaposición, *un tercio poblacional*, comparte y comprende la *ética principalista aplicada al parto natural*. Este grupo poblacional, entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, donde la madre puede tomar cualquier decisión, de forma *capacitada*, en cualquier circunstancia y situación, aunque suponga un riesgo vital para el recién nacido.

B.-Población sanitaria

La estadística descriptiva de los aspectos bioéticos para la población sanitaria de forma conjunta, se observa en la siguiente tabla adjunta:

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
DECISIÓN	2,23	1,21
AUTONOMÍA	3,27	1,25
RESPECTO	2,49	1,31
RN	3,85	1,21
RIESGO	1,74	1,11
LEX ARTIS	4,45	0,80
COLISION	3,78	1,09



Los profesionales sanitarios creen, que en algunas circunstancias, puede existir colisión entre los derechos de la madre y el recién nacido, y que ambos derechos deben ser respetados de igual manera. No creen que la futura madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias de su parto y que no deben respetar cualquier decisión de la madre, incluido si supone un riesgo vital para el recién nacido.

Entienden que ellos deben actuar, según el estado de la ciencia, empleando todos los cuidados para la madre y el recién nacido; pero no creen que deban respetar todas las decisiones de la futura madre en su plan de parto.

Tras un análisis posterior, según estamentos, obtenemos las siguientes medias de cada uno de ellos han sido:

	CONJUNTA	GINECÓLOGOS	MATRONAS	AUXILIARES
DECISIÓN	2,23	1,85	2,5	2,5
AUTONOMÍA	3,27	2,73	3,81	3,44
RESPECTO	2,49	2,30	2,54	2,81
RN	3,85	3,82	4,04	4,06
RIESGO	1,74	1,64	1,77	1,87
LEX ARTIS	4,45	4,54	4,37	4,31
COLISIÓN	3,78	3,85	4	3,44

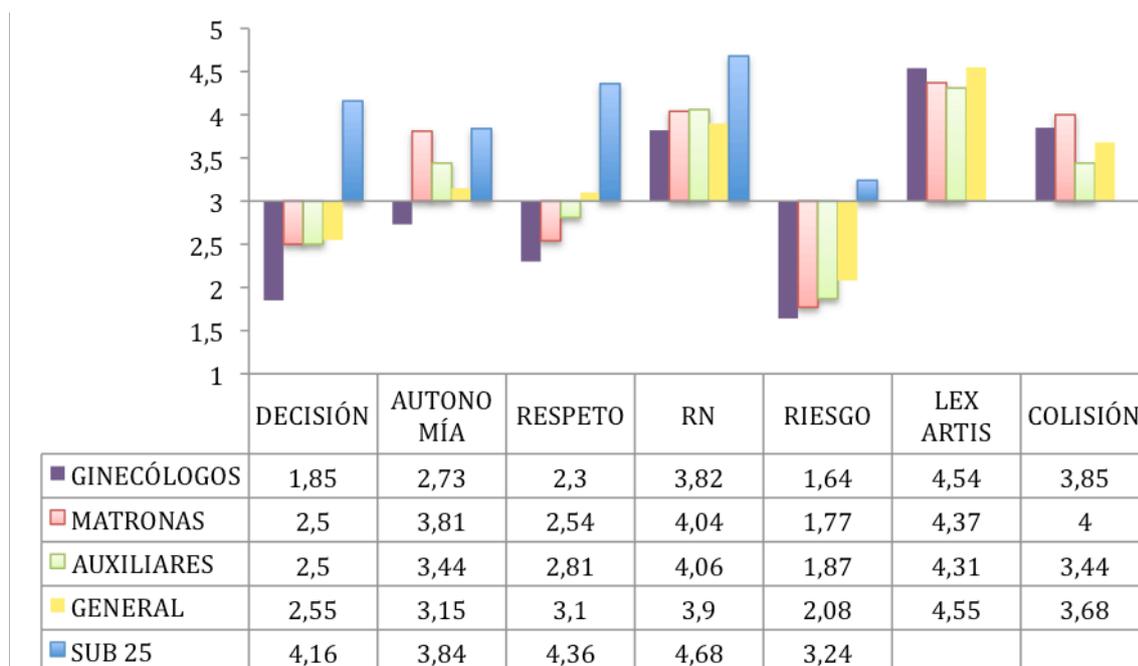
La diferencias que muestran según los estamentos, son dos:

1. Los ginecólogos muestran una postura más polarizada que la matronas y auxiliares. Sus puntuaciones son más bajas en las afirmaciones con respecto a las matronas y todavía más bajas con respecto a la de las auxiliares.
2. Y por otro lado, la mayor discrepancia encontrada es entender el parto natural dentro del principio de autonomía. Los ginecólogos se muestran en contra frente a las matronas y auxiliares, que opinan favorablemente.

En conclusión, podemos afirmar que *para los profesionales sanitarios no es aplicable la ética principalista de autonomía en el parto natural*. No creen que los profesionales deban respetar todas la decisiones de la gestante en su plan de parto; no consideran capacitada a la futura madre para tomar todas las decisiones que involucran su parto y no consideran oportuno respetar las decisiones, si ponen en peligro vital al recién nacido.

Las matronas y auxiliares adscritos a las unidades maternos fetales, considerando que se puede entender el parto natural dentro del principio de autonomía, tampoco consideran aplicable en su ejercicio, aunque con posturas menos polarizadas que la profesión médica.

Una visión gráfica de todas las poblaciones comparativamente es:



Una posible interpretación de estos resultados, es que *se está realizando una visión nueva del parto natural, que emana desde una parte de la sociedad muy activa, pero actualmente minoritaria y que está teniendo parte de repercusión en los profesionales sanitarios de matronas y auxiliares*. Esto se traduce en el concepto de parto natural dentro del principio de autonomía.

Pero a la vez en la población mayoritaria murciana y en todos los estamentos sanitarios *prevalece todavía una medicina paternalista*, y de ahí que no consideren a la gestante capaz de decidir todas las circunstancias que involucran a su parto. En tanto, que el mando del parto es conducido por los profesionales sanitarios, prevaleciendo la *lex artis* y ejecutado dentro de los principios de beneficencia y sobre todo no maleficencia, puesto que no creen que se deban respetar las decisiones de la gestante, si esta suponga un riesgo vital para el recién nacido.

3.2.- Discusión bioética

Para el autor Conde Fernández³¹⁶,

Los problemas éticos son aquellas cuestiones morales susceptibles de varias

³¹⁶ F. CONDE FERNÁNDEZ.. *La cesárea. Una perspectiva bioética*. Academia de Ciencias e Ingeniería de Lanzarote. Discurso académico 36, Lanzarote, 2009, 22-23. <http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2036.pdf>. Consultado el 26-12-2014.

soluciones que se intentan resolver por medio de procedimientos científicos. Parte de “lo que es bueno o justo hacer” y su justificación.

Son dilemas éticos, la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre que hace el profesional en el ejercicio clínico, considerando y jerarquizando los valores morales para asumir la conducta más humana. Un mismo acto médico puede ser juzgado simultáneamente por tres códigos diferentes: la propia conciencia del médico, el código deontológico y el de la jurisdicción. Unas directrices éticas generales no pueden abarcar todas las situaciones que se producen en la práctica médica. Por eso, en el análisis de situaciones concretas y las consecuencias de la aplicación de los principios, nos podemos encontrar ante un dilema de tipo ético.

En la práctica clínica es frecuente la aparición de cuestiones éticas que muchas veces no se reconocen como tales, y se resuelven de forma intuitiva (según la ciencia, conciencia y experiencia del médico). Otras veces, se plantean auténticos dilemas éticos, es decir, problemas cuya solución se encuentra entre dos proposiciones que parecen oponerse entre sí, y constituir ambas un deber para el médico. Al tomar una opción para cumplir con un principio, se contraviene el otro. Se trata de escoger entre dos opciones que en principio son buenas, pero que se excluyen mutuamente. Para resolver estas situaciones no son suficientes la simple intuición, ni las buenas intenciones, ni la adhesión a las costumbres de la Medicina local.

Es necesaria una adecuada formación profesional que permita identificar, enfrenar y resolver estos dilemas. En estos casos conviene seguir un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta en relación a principios éticos universales. Estos procedimientos ayudan a tomar una decisión teniendo en cuenta todos los factores relevantes, y evitan que se actúe presionado por la situación.

Así pues, para esta investigación, nos planteamos los dilemas éticos con respecto al parto natural, que si nos basamos en el *método deliberativo de Jonsen*, como modelo para el método científico de la bioética (ya comentado en la exposición teórica), sería el siguiente:

A.- Recopilar la información para determinar según la lex artis si es necesario hacer la intervención propuesta

La situación que se vive actualmente en países desarrollados, es que un grupo de la ciudadanía anhela una forma diferente de parto al del sistema sanitario convencional. Concretizando en España, el sistema sanitario español, dentro de su cartera de servicios, está la asistencia al parto dentro de una institución pública y bajo la supervisión médica y de personal de enfermería especializado; es decir, institucionalizado. En contraposición, desde instancias civiles, se insta a un cambio de modelo.

Nosotros hemos analizado las características de los dos modelos principales de parto, que son el parto hospitalario y el parto planificado domiciliario; cómo la evidencia científica ubica los dos tipos de partos estudiados, para la madre y el recién nacido en el contexto de resultados.

De ella se desprende que para las gestantes de alto riesgo obstétrico, hay evidencia científica clara, robusta y contundente que los partos hospitalarios son más seguros para la madre y el recién nacido que los partos domiciliarios planificados. Para los *partos de bajo riesgo no hay diferencias significativas en la mortalidad perinatal en los distintos tipos de parto, con menor número de intervenciones para la madre en los partos planificados domiciliarios en comparación con los partos hospitalarios.*

El dilema ético planteado en esta investigación se basa en el conflicto que podría originarse en el proceso del parto. Están definidos los derechos humanos por un lado y por otro los derechos del niño, por todos nosotros reconocidos y aceptados.

Es obvio y sin problemas éticos, que una mujer, puede hacer en el contexto de la autonomía lo que opte libremente para consigo misma; pero, sin entrar en concepciones de cuándo se adquieren los derechos nombrados, el dilema que expongo es el siguiente:

El parto es un proceso por el cual comienza la vida independiente de un ser vivo, donde de aquello que ocurra en el mismo, condicionará su vida futura. Hay para con este ser unas responsabilidades desde sus progenitores, madre y padre, desde el personal sanitario y desde las instancias públicas. Por tanto nos planteamos, si desde el punto de vista bioético, hemos de dar cabida desde instancias públicas, como es nuestro sistema sanitario, y desde instancias profesionales sanitarias, como son la SEGO, OMS y FIGO a este tipo de parto; no por el mismo hecho en sí del parto, sino de las posibles consecuencias futuras que puede tener para el recién nacido.

B.- Opinión del afectado en defensa de la autonomía

En la investigación nos planteamos la situación en la Comunidad Autónoma de Murcia y para ello hemos llevado este estudio; planteando a la población general y a la profesión sanitaria: ginecólogos, matronas y auxiliares de enfermería adscritas a unidades materno fetales, cual es su posicionamiento bioético sobre el parto natural y el parto medicalizado. Los resultados que nos aporta la encuesta realizada y que hemos detallado ampliamente en el capítulo práctico se puede resumir en lo siguiente:

De forma global la población general se encuentra a favor del parto institucionalizado hospitalario, mas protocolario, atribuyendo una experiencia positiva al mismo, considerándolo más seguro y mostrándose a favor del empleo de todos los cuidados profesionales necesarios que se requieran a la luz de la evidencia científica.

El parto natural no goza de aceptación mayoritaria entre la población femenina, aunque sí existe un grupo pequeño con un posicionamiento activo a favor del parto natural.

Entre la población sanitaria hay disparidad en el posicionamiento hacia la aceptación del parto natural. Las matronas y auxiliares se muestran estar más receptivas que la población sanitaria formada por obstétricas, que se muestra en contra de la aceptación del parto natural.

El “afecto” en este caso son dos protagonistas: la madre y el recién nacido. En cuanto a la opinión de la población general, hay un grupo con un posicionamiento muy activo que debemos tener en cuenta para la reflexión bioética, *pero no se plantean dilemas éticos de forma rutinaria a la hora del parto*, ya que no es una demanda generalizada.

C.- Calidad de vida resultante de la intervención, analizada objetivamente

Tenemos que tener nuevamente en cuenta otra vez a los dos “afectos”:

1. Madre: en la literatura científica, y nuevamente bajo la premisa de las gestantes de bajo riesgo, en los partos planificados domiciliarios, hay menor número de intervenciones a la madre, por ejemplo menor realización de episiotomías, lo que implícitamente lleva, mayor calidad de vida.
2. Recién nacido: se ha demostrado beneficios para el recién nacido en cuanto a desarrollo cognitivo y afectivo con respecto al vínculo materno y también paterno. Por otro lado, para el recién nacido, aunque los eventos deletéreos son poco probables que ocurran en los partos de bajo riesgo, cuando estos suceden en el contexto de la hipoxia fetal, se deben emplear los medios para que este no desencadene una encefalopatía neonatal, la cual producirá una discapacidad en el recién nacido.

El hecho de nacer en un entorno hospitalario no evita 100 % la posibilidad que este evento ocurra, pero lo que proporciona la asistencia sanitaria institucionalizada, son los medios necesarios para poder evitarla. Estos medios no se tienen disponibles en el parto natural.

La discapacidad del niño constituye una merma crucial en la calidad de vida del niño y de sus progenitores.

D.- Sopesar los factores externos y contextuales influyentes

La sociedad actual es una “Sociedad de la Información y Globalización” que se caracteriza por un avance en la transmisión de la información y la difusión globalmente. Esta información involucra todos los ámbitos, incluido la medicina y por lo tanto el embarazo y el parto. Información que a veces es rigurosa y en otras ocasiones, las fuentes imbrican otros factores no basados en evidencias científicas.

El momento sociocultural ofrece hoy, en la civilización occidental, unos síntomas que apuntan hacia la baja cotización de la utopía política o ideológica, a la pérdida de credibilidad en la razón, al fallecimiento moral y la apertura de un gran vacío del sentido de la vida y de la historia, que se trata de llenar con toques estéticos y búsqueda de mini goces. Teorizadores y comentaristas de esta situación la han denominado "posmodernidad".

La sociedad contemporánea ha venido cambiando profundamente los valores personales en múltiples e individuales. Actualmente, no existe un criterio universal de ética o de justicia.

En esta sociedad posmoderna, donde se da una pluralidad de valores, diferentes jerarquías, códigos éticos distintos, hay una apuesta de la bioética por reivindicar la libertad de elección del sujeto y respetar su voluntad.

La maternidad globalmente, en nuestra sociedad se conceptualiza como una experiencia autorrealizadora y satisfactoria en su totalidad, donde no hay cabida a resultados adversos. Tener un hijo, en estos momentos, constituye en nuestro medio, una demanda social donde el nacimiento y parto sean experiencias seguras en términos de salud, pero además se espera que contribuyan al desarrollo personal de los futuros padres.

Desde finales del siglo XX, en algunos países de Europa y América del Norte, fueron apareciendo movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto menos intervencionista, asumiendo que el uso de las técnicas modernas obstétricas supone de forma inseparable, un proceso de alienación impuesto a las mujeres, en el que han perdido el control de sus propios cuerpos, convirtiéndose en objetos de la práctica médica. Estas reivindicaciones llegaron a instancias institucionales y desde inicios de la década de los 90 del siglo XX, proliferaron protocolos y guías de asistencia que enfatizaban la necesidad de una atención sanitaria al parto, centrada en la mujer como protagonista.

E.- Principios aplicables

Basado en una ética principalista, las obligaciones éticas aplicables son:

1. De los profesionales sanitarios para con la madre, son *los principios de autonomía y de beneficencia*.
2. *De los profesionales sanitarios con para el feto, el principio de beneficencia*.
3. *La mujer gestante tiene obligación de beneficencia para el feto y para el recién nacido que espera nacer, para tomar decisiones de riesgo*.
4. *Del padre para con su recién nacido el de beneficencia*.
5. *De las instituciones sanitarias para con la madre y con el recién nacido el de justicia*.

F.- Resolución del conflicto

Ante este dilema planteado, desde las instituciones públicas sanitarias españolas, han ejecutado un plan estratégico, para dar cabida a ese grupo minoritario que demanda otro tipo de asistencia.

Partimos de algunos conceptos propuestos por el modelo deliberativo de Gracia, como son:

1. Propuesta de soluciones alternativas. Las opciones enfrentadas son el parto hospitalario *versus* parto planificado domiciliario.

Las soluciones alternativas pudieran ser:

- a. Dar cabida a que cualquier parto pudiera ser atendido en el domicilio o sólo asistir a gestantes de bajo perfil de riesgo obstétrico/neonatólogo.
- b. No permitir ningún tipo de parto domiciliario ni público ni privado.
- c. Intentar incorporar algunas de las ventajas del parto natural al parto hospitalario a la par que minimizar los inconvenientes de éste; a grandes rasgos sería disminuir el intervencionismo hospitalario y aumentar el protagonismo de la gestante en su parto, proporcionando una mayor intimidad, calidez y vínculo al binomio progenitor/ recién nacido.

2. Elección de la solución más prudente.

Las alternativas propuestas por instancias públicas han sido por un lado, no interferir en la elección de la madre a realizar un parto privado planificado domiciliario en cualquier perfil de gestación y la otra opción propuesta es *el parto normal*, parto *institucionalizado de baja intervención*. El parto normal trata de aunar los dos tipos de

parto, adaptando las ventajas de uno y minimizando los inconvenientes del otro. A esta nueva modalidad se ha incorporado la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

El *parto normal*, como *modelo consenso*, procura cohesionar estas dos posturas enfrentadas. El parto normal es un tipo de *modelo asistencial institucionalizado*, restando intervencionismo e intentando aumentar el protagonismo de la gestante en su parto. Entre sus objetivos se encuentra aportar mayor grado de vinculación materno fetal con un clima de mayor calidez y libertad de movimientos para la gestante. También trata de favorecer la ayuda del padre en el proceso. El hecho que sea hospitalario, hace que se disponga de los medios necesarios para actuar en cualquier momento si en el parto sucediera un evento deletéreo, por consiguiente mejora la seguridad. Aún así, la responsabilidad última del cuidado de la madre y del recién nacido es de los profesionales sanitarios. En conclusión desde instancias públicas la opción optada como solución al dilema ético es un *parto institucionalizado de baja intervención, el parto normal*.

3.3- Conclusiones de los aspectos bioéticos

Como conclusión, podemos *afirmar que la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia, de forma mayoritaria, no se muestra conforme con la ética principalista* preponderante aplicada en el parto natural, donde es un derecho de la mujer elegir el parto que ella quiera y que la interposición de los profesionales sanitarios en su decisión violarían sus derechos.

La población de forma mayoritaria no cree que la futura madre disponga de la capacidad de decisión y si su decisión constituye un riesgo vital para el recién nacido, no se debe respetar. De igual manera, no creen que los profesionales sanitarios deban respetar cualquier decisión de la gestante. Así pues, *la población murciana, globalmente no comparte la ética principalista del parto natural*.

En contraposición, *un tercio poblacional, comparte y comprende la ética principalista aplicada al parto natural*. Este grupo poblacional, entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, donde la madre puede tomar cualquier decisión, de forma *capacitada*, en cualquier circunstancia y situación, aunque suponga un riesgo vital para el recién nacido.

Para los profesionales sanitarios no es aplicable la ética principalista de autonomía en el parto natural. No creen que los profesionales deban respetar todas las decisiones de la gestante en su plan de parto. No consideran capacitada a la futura madre para tomar todas las decisiones que involucran su parto y no consideran oportuno respetar las decisiones, si ponen en peligro vital al recién nacido.

Las matronas y auxiliares adscritos a las unidades maternos fetales, considerando que se puede entender el parto natural dentro del principio de autonomía, tampoco consideran aplicable en su ejercicio, aunque con posturas menos polarizadas que la profesión médica.

Una posible interpretación de los resultados obtenidos, es que *se está realizando una visión nueva del parto natural, que emana desde una parte de la sociedad muy activa, pero actualmente minoritaria y que está teniendo parte de repercusión en los profesionales sanitarios de matronas y auxiliares.* Esto se traduce en el concepto de parto natural dentro del principio de autonomía.

Pero a la vez en la población mayoritaria murciana y en todos los estamentos sanitarios *prevalece todavía una medicina paternalista,* y de ahí que no consideren a la gestante capaz de decidir todas las circunstancias que involucran a su parto. En tanto, que el mando del parto es conducido por los profesionales sanitarios, prevaleciendo la *Lex artis* y ejecutado dentro de los principios de beneficencia y sobre todo no maleficencia, puesto que no creen que se deba respetar las decisiones de la gestante, si esta suponga un riesgo vital para el recién nacido.

TEMA 3

INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES FINALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.- El Objetivo uno es verificar el grado de aceptación y de demanda del parto natural entre la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia.

La hipótesis planteada primera es comprobar que no existe una demanda importante del parto natural entre la población femenina.

El parto natural no goza de aceptación mayoritaria entre la población femenina, aunque sí existe un grupo pequeño, con un posicionamiento activo a favor del parto natural.

- Mayoritariamente a la población femenina murciana, no les gustaría llevar a cabo la asistencia de su parto en un modelo de parto natural, si el sistema sanitario español lo incluyera en sus prestaciones.
- No consideran que la futura madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- Se muestran en contra de que los profesionales sanitarios deban respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.
- E igualmente opinan, que no se debe respetar cualquier decisión de la gestante, incluido si esta supone un riesgo vital para el recién nacido.
- Consideran que los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido.

Pero hay un grupo poblacional diferencial, que constituye un tercio de la población femenina, y que entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, debiéndose respetar por parte de los profesionales las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.

- Además se muestran partidarias que el sistema sanitario tenga en sus prestaciones el parto natural y si así se incluyeran, les gustaría llevarlo a cabo.

- Consideran a las gestantes con la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- Estiman que el parto natural es la protección frente a cualquier factor que lo perturbe.
- Estas personas de la población general que consideran el parto natural como modelo válido de parto, se relacionan significativamente con los las ventajas del parto natural. Las ventajas que se les ha atribuido son la mayor intimidad de la parturienta y un vínculo mayor con su matrona durante el proceso del parto.

Aquí se puede concluir que el objetivo primero y la primera hipótesis se comprueban, ya que hemos demostrado que *el parto natural no goza de aceptación mayoritaria entre la población general femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia y que el parto natural no constituye una demanda extendida entre la población.*

2.- El objetivo dos es verificar el grado de aceptación del parto natural en la población sanitaria.

La hipótesis segunda es comprobar si existe disparidad de actitud profesional hacia el parto natural entre la población sanitaria.

Los obstétricas muestran un rechazo al modelo asistencial del parto natural. Las matronas y auxiliares, se muestran más receptivas al parto natural. Por consiguiente, con respecto a la valoración del parto natural en la profesión, hay disparidad de opiniones.

A. Los ginecólogos se posicionan de la siguiente manera:

- a. El parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
- b. No les gustaría llevar a cabo, para sí mismos, un parto natural.
- c. No consideran que la madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- d. No creen que deban respetarse las decisiones de la gestante, sean cuales sean.

- e. No consideran que el parto natural se englobe dentro del principio de autonomía.
 - f. Muestran indiferencia a la incorporación del parto natural dentro de la cartera de servicios.
- B. Por otro lado, el binomio compuesto por matronas y auxiliares vinculadas a unidades materno-fetales opina que:
- a. El parto natural debe ser incluido en la cartera de servicios.
 - b. Y si esto fuera así, les gustaría llevarlo a cabo, aunque piensan que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
 - c. Al igual que los ginecólogos no creen que se deban respetar todas las decisiones de la gestante.
 - d. No creen que la gestante tenga la capacidad de decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
 - e. Por otro lado, entienden el parto natural dentro del principio de autonomía.

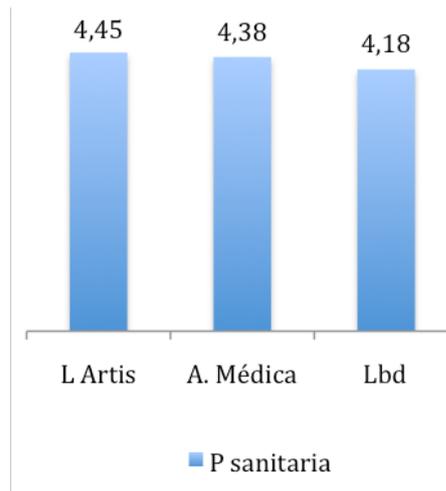
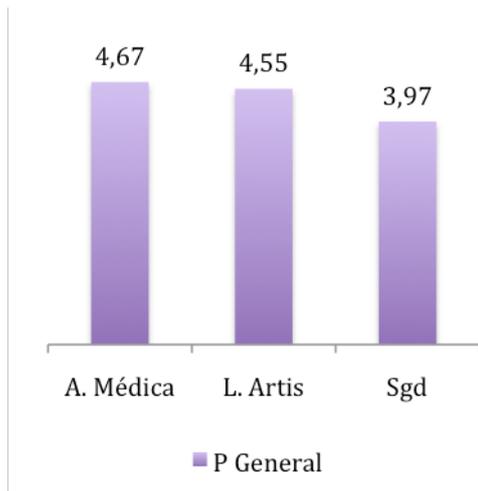
Estas conclusiones reflejan nuestro objetivo dos y segunda hipótesis, reflejando que las matronas y auxiliares son más receptivas al parto natural que los ginecólogos, que expresan un rechazo manifiesto.

3.- Objetivo tres: comparar las diferencias de posicionamientos entre ambas poblaciones: población femenina y la población sanitaria de la Comunidad Autónoma de Murcia

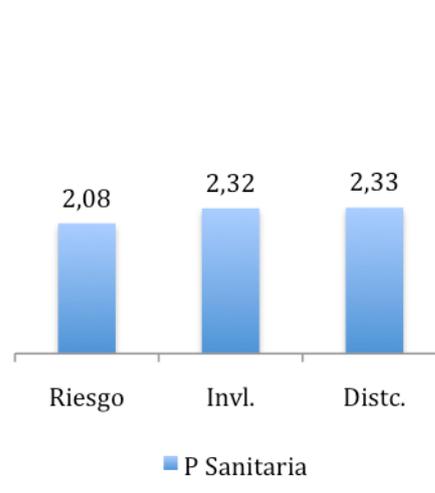
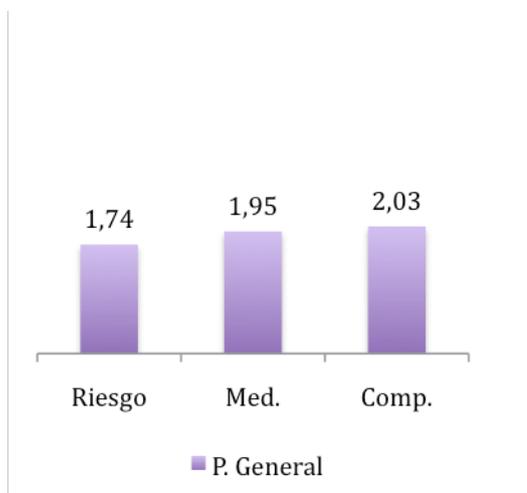
El *análisis descriptivo* de las encuestas de ambas poblaciones, refleja una similitud entre la mayoría de la población general y los profesionales sanitarios, tanto en las afirmaciones más valoradas como en las menos valoradas.

Una comparativa de las afirmaciones más y menos valoradas en la población general *versus* población sanitaria sería la siguiente representada:

Las más valoradas son:



- Las menos valoradas son:



Estas similitudes en las respuestas son:

- La *proposición menos valorada*, en ambas poblaciones, ha sido el *riesgo* - se debe respetar cualquier decisión de la madre, aunque ésta suponga un riesgo vital para el recién nacido.

Del análisis pormenorizado previamente, podemos concluir *que la población sanitaria y la población general de forma mayoritaria opinan que no se debe respetar cualquier decisión de la madre; en yuxtaposición, un grupo minoritario de la población general si opina que se debe respetar cualquier decisión de la madre, aunque ésta suponga un riesgo para el recién nacido.*

- Por otro lado las afirmaciones más valoradas en ambas poblaciones; sanitaria y población femenina, son las proposiciones etiquetadas de ayuda médica y lex artis

que corresponden a: algunas complicaciones que surgen durante el parto, necesitan de ayuda médica rápida para solucionarse y los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido, respectivamente.

Del estudio factorial analizado y comparado en las distintas poblaciones, se desprende que la dimensión aceptación del parto natural en los encuestados, presenta las siguientes diferencias:

- A. La población general femenina no acepta el parto natural como modelo principal de asistencia al parto con la mínima puntuación.
- B. Los ginecólogos muestran un rechazo al parto natural.
- C. Un tercio poblacional tiene las puntuaciones más elevadas para la dimensión de aceptación del parto natural.
- D. Las matronas y auxiliares se muestran levemente inclinadas hacia la aceptación del parto natural.

Por consiguiente objetivamos que la población general y la población ginecológica muestran un rechazo del parto natural, mientras un sector poblacional y la población de matronas/auxiliares adscritas a las unidades materno fetales se muestran más proclives al parto natural y estas conclusiones avalan nuestra hipótesis inicial planteada.

4.- El objetivo cuarto es establecer el posicionamiento bioético en la asistencia al parto natural en la población femenina y en los profesionales sanitarios y objetivar cómo hipótesis si en el parto natural podría existir una omisión de los derechos del recién nacido frente a la libertad de la madre y los profesionales que asisten dicho parto.

A la luz de la investigación realizada podemos *afirmar que la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia, de forma mayoritaria, no se muestra conforme con la ética principalista* preponderante aplicada en el parto natural, por la cual, es un derecho de la mujer elegir el parto que ella quiera independientemente de los riesgos que suponga

para ella y su recién nacido y que cualquier interposición de los profesionales sanitarios en su decisión violarían sus derechos.

La población de forma mayoritaria, no cree que la futura madre disponga de la capacidad de decisión y si su decisión constituye un riesgo vital para el recién nacido, no se debe respetar. De igual manera, creen que los profesionales sanitarios no deben respetar cualquier decisión de la gestante.

Así pues, *la población murciana, globalmente no comparte la ética principalista del parto natural.*

Un tercio poblacional, comparte y comprende la ética principalista aplicada al parto natural. Este grupo poblacional, entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, donde la madre puede tomar cualquier decisión, de forma *capacitada*, en cualquier circunstancia y situación, aunque suponga un riesgo vital para el recién nacido.

Para los profesionales sanitarios no es aplicable la ética principalista de la autonomía en el parto natural. No creen que los profesionales deban respetar todas las decisiones de la gestante en su plan de parto, no consideran capacitada a la futura madre para tomar todas las decisiones que involucran su parto y no consideran oportuno respetar las decisiones, si ponen en peligro vital al recién nacido.

Las matronas y auxiliares adscritas a las unidades maternos fetales, considerando que se puede entender el parto natural dentro del principio de autonomía, tampoco consideran aplicable en su ejercicio, aunque con posturas menos polarizadas que la profesión médica.

Una posible interpretación de los resultados obtenidos, es que *se está realizando una visión nueva del parto natural, que emana desde una parte de la sociedad muy activa, pero actualmente minoritaria y que está teniendo parte de repercusión en los profesionales sanitarios de matronas y auxiliares.* Esto se traduce en el concepto de parto natural dentro del principio de autonomía.

Pero a la vez en la población mayoritaria murciana y en todos los estamentos sanitarios *prevalece todavía una medicina paternalista*, y de ahí que no consideren a la gestante capaz de decidir todas las circunstancias que involucran a su parto. En tanto, que la dirección del parto es conducido por los profesionales sanitarios, prevaleciendo la *Lex artis* y ejecutado dentro de los principios de beneficencia y sobre todo no maleficencia, puesto que no creen que se deba respetar las decisiones de la gestante. Ante las cuestiones

éticas del parto natural, la población murciana en su conjunto, usuarios y sanitarios no comparten la línea principalista de autonomía propugnada por las principales organizaciones sanitarias globales como ginecológicas, como son la OMS y la FIGO.

RECAPITULACIONES FINALES

La maternidad globalmente, en nuestra sociedad, se conceptualiza como una experiencia autorrealizadora y satisfactoria en su totalidad, donde no hay cabida a resultados adversos. Tener un hijo, en estos momentos, constituye en nuestro medio, una *demanda social, donde el nacimiento y el parto deben ser experiencias seguras en términos de salud, pero además se espera que contribuyan al desarrollo personal de los futuros padres.*

El parto es un proceso fisiológico de inicio impreciso y de duración variable, que supone el fin del embarazo, por el cual se produce la expulsión o extracción de un feto y de los anejos ovulares (placenta y líquido amniótico). Es un *hecho poco probable que sucedan eventos deletéreos durante un parto, pero en algunas ocasiones, pueden ocurrir circunstancias imprevisibles con importancia en la vida fetal y materna.* En la mayoría de casos, empleando prácticas científicamente avaladas, se puede minimizar tales repercusiones.

Las cifras publicadas en nuestro país, sitúan la mortalidad materna en 6/100.000 nacidos vivos y una mortalidad neonatal de 2.1/1000 nacidos vivos en el año 2010.

Con un único resultado esperado, *una madre y un hijo sano*, hay distintos enfoques para ayudar a llevar a cabo este proceso, priorizando unos aspectos sobre otros.

En el parto natural, los ejes fundamentales son tres:

1. El *empoderamiento de la mujer en la maternidad*, dentro de un contexto de autonomía, es decir, *la mujer tiene que ser protagonista de su parto*, obteniendo todo el poder sobre sus decisiones y sus acciones tras una información adecuada, completa y veraz.
2. Por otro lado, los *beneficios que aporta* para el recién nacido en cuanto a desarrollo *cognitivo y afectivo* con respecto al vínculo materno y también paterno. Son los denominados efectos psicobiológicos.
3. Y en último lugar, *evitar el intervencionismo* innecesario que llevaría a un efecto cascada, que proporciona una mayor morbi-mortalidad materno-fetal así como, de forma inseparable una alienación de las mujeres.

Los *procedimientos que caracterizan* al parto natural, concebido como un hecho involuntario y fisiológico, tienen como finalidad la protección frente a estímulos externos o internos, que puedan perturbar dicho acto fisiológico. Proporcionar silencio, luz cálida, ausencia de estímulos lingüísticos, contagios emocionales adversos, etc. Evitar todas las circunstancias que por un lado activen el neocórtex y por otro lado, evitar la producción y liberación de adrenalina, con lo que se favorece la oxitocina, que es la hormona del amor.

Por el contrario, el enfoque del parto hospitalario es primar la seguridad, donde el protagonista es el binomio feto-madre, empleando todos los medios necesarios a la luz de la evidencia científica, para proporcionar el mayor grado de seguridad posible a los dos.

En la mayoría de países, países en vías de desarrollo, el lugar de nacimiento no es punto de controversia, pues no disponen de medios para llevarlo a cabo en un centro sanitario y acontece en casa, con los recursos propios que pueda disponer.

Pero en *países desarrollados*, desde una parte de la sociedad, descontentos con la asistencia sanitaria que se les presta, emergen grupos que reivindican un cambio de modelo asistencial, que den cabida a este nuevo enfoque donde *la mujer sea protagonista de su parto*.

En España, la atención sanitaria del parto, es un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de la Medicina y de Enfermería especializados. Es por tanto, un *parto hospitalario*.

El estudio y comparación de los distintos modelos de parto, lo hemos desarrollado en esta investigación desde dos puntos de vista; por un lado los resultados perinatales de ambos modelos; el parto natural y el parto hospitalario. Y también lo hemos analizado desde el punto de vista bioético.

ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA

A la luz de la evidencia médica, y bajo la premisa que, la probabilidad de acontecimientos adversos en un parto es muy baja, dentro del manejo asistencial de la obstetricia, se han estratificado dos tipos de gestantes en función de la probabilidad de acontecer un evento deletéreo durante el parto. Así pues se han establecido gestantes de alto y bajo riesgo obstétrico.

- A. En pacientes de *alto riesgo obstétrico está demostrado que el parto planificado domiciliario tiene mayores tasas de mortalidad materno-fetal*; por tanto, basado en la evidencia científica se *recomienda en estas pacientes, la asistencia al parto en unidades obstétricas hospitalarias*.
- B. En cambio, para las gestantes de bajo riesgo, *no hay evidencia adecuada sobre los resultados maternos y perinatales en el parto planificado domiciliario frente al hospitalario o viceversa*.
- a. La falta de evidencia es debido a la imposibilidad de realizar estudios prospectivos randomizados aleatorizados. La mayoría de los estudios publicados *son retrospectivos*, con importantes limitaciones metodológicas. Existe en los últimos años, un intento de aunar los criterios de recogida de datos de forma prospectiva. Un ejemplo de este esfuerzo es la cohorte británica prospectiva Birthplace, que ha tenido eco en Australia y Canadá.
 - b. De los estudios publicados, *se desprende que en gestaciones de bajo riesgo médico y/u obstétrico, los partos planificados domiciliarios presentan menor número de intervenciones realizadas sobre la madre y de forma global, no hay diferencias significativas en la tasa de resultados perinatales adversos, aunque es ligeramente superior para las nulíparas. Por tanto no hay un consenso científico establecido para la mejor opción de lugar del parto para estas pacientes*.
 - c. No obstante, las instituciones sanitarias plantean una serie de requisitos estructurales y circunstanciales para dar seguridad la realización de un parto planificado domiciliario en gestaciones de bajo riesgo, que varía según la institución a la que nos referenciamos. Para la OMS debe estar a disposición un Kit de parto limpio. Para la Academia Americana de Pediatría son necesarias dos personas acreditadas, una de ellas, con habilidades capacitadas en la resucitación del recién nacido. Para el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia es necesario disponer un sistema de transporte preparado en caso de necesitar ser evacuado a un hospital de referencia .

Como conclusión, desde un *punto de vista de resultados*, valorando la seguridad de la madre y el niño, para la *Organización Mundial de la Salud, los partos de alto riesgo deben ser manejados por personal cualificado y en instalaciones equipadas y en los de*

bajo riesgo, las mujeres pueden elegir entre un parto en casa o en servicios sanitarios, siempre y cuando, se disponga de un plan de contingencia.

ANÁLISIS BIOÉTICO

La bioética es el estudio sistemático, interdisciplinar y pluralista para la resolución de los problemas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y las ciencias sociales cuando se aplican a los seres humanos. Teniendo en cuenta el progreso científico, trata de promocionar la salud y la supervivencia, estableciendo las normas que regulan la conducta humana en estas ciencias.

Es una disciplina con carácter práctico, porque compete a la conducta tanto del médico como el paciente, así como reflexiva y jurídica, en tanto tiene en cuenta la ética en los dilemas que plantea el progreso y establece normas que luego son controvertidas en leyes como fundamento de derecho.

Su justificación nace de la necesidad de analizar las distintas opciones de conducta ante situaciones novedosas en el campo del progreso científico, que no están reguladas y ni el individuo ni la sociedad tienen la solución.

Existen diversos tipos de bioética, pero desde el Informe Belmont y la publicación de Beauchamp y Childress, la bioética se articula alrededor de cuatro principios básicos, que han sido consensuados por todos. Estos principios son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- **Autonomía:** La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. Capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueden tomar.
- **Beneficencia:** Obligación de hacer el bien. Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios.
- **No maleficencia:** Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan dañar o perjudicar a otros.
- **Justicia:** Reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito de bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

Analizando el parto desde un *punto de vista bioético*, es un proceso excepcional ya que implica dos seres humanos, dependiente uno del otro pero por el cual uno se vuelve independiente del otro; es decir; hasta este momento del desarrollo, la ética obstétrica supone una decisión que implica una temporalidad; por ejemplo, el no realizar un aborto, supone que debe esperar y albergar dicho ser durante el resto del embarazo. Pero en el parto es diferente, pues este nuevo ser es independiente ya de su progenitora, y una vez nacido tiene derechos como tal. Pero lo que estamos analizando es esta situación de transición hacia su independencia.

La ética principalista aplicada al parto, viene definida por la aplicación de los principios siguientes:

- De los profesionales sanitarios para con la madre, son *los principios de autonomía y de beneficencia*.
- *De los profesionales sanitarios para el feto, el principio de beneficencia*.
- *La mujer gestante tiene obligación de beneficencia para el feto y para el recién nacido que espera nacer, para tomar decisiones de riesgo.*
- *Del padre para con su recién nacido el de beneficencia.*
- *De las instituciones sanitarias para con la madre y con el recién nacido el de justicia.*

El niño, mediante la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce a los niños y niñas como titulares activos de sus propios derechos. El niño por su falta de madurez física y mental, *necesita protección y cuidado*, incluso la debida protección legal, *antes como después del nacimiento*.

Los Estados partes firmantes de dicha convención, garantizarán en la máxima medida posible, la supervivencia y desarrollo del niño y reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ambos padres tiene obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

Pero a día de hoy, todas las instituciones sanitarias, en sus Comités de Ética, sustenta la Bioética del parto natural dentro del “*Principio de Autonomía, el primero entre iguales*”; por el cual *la mujer puede elegir libremente cualquier lugar y forma de parir*,

pudiendo poner en peligro, no solo su vida sino la de su futuro hijo, donde los derechos maternos prevalecen por encima de su futuro hijo, por no ser un ser nacido todavía. Es un derecho humano fundamental, basado en el principio de autonomía.

La Corte Europea de los Derechos Humanos entiende que la mujer embarazada tiene el derecho a ser respetada en su vida privada y familiar, que incluye el derecho a elección del parto en casa. El Tribunal Internacional de los Derechos Humanos falló que el derecho de interferir médicamente en la participación de la elección de la mujer en el parto natural, viola los derechos de la mujer.

Así pues todas las instituciones internacionales relativas, se muestran de acuerdo con esta ética del parto natural- Organización Mundial de la Salud- OMS- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia –FIGO- Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia AGOG -Academia Americana de Pediatría -AAP-, Colegio Británico de Ginecología y Obstetricia –RCOG- emitiendo en esta línea principalista sus recomendaciones. Aunque el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología junto con la de Pediatría expresan que el parto hospitalario es más seguro.

Se han alzado voces discrepantes basados en la teoría –prima facie- ningún principio anula a los otros automáticamente, por tanto se debe tener en cuenta el principio de beneficencia para el feto de igual manera que el de autonomía, pero no ha tenido mucha repercusión a nivel internacional y es más, ha sido fuertemente criticado.

En cambio, en Enero del 2014, ha emergido voces disidentes sobre esta teoría principalista, basadas en la *morbilidad en el futuro del niño –discapacidad* - secundario a la elección de un parto natural.

Los autores reconocen el principio de autonomía, y se muestran conformes con la posibilidad de mortalidad perinatal que pueda existir. La madre puede poner en peligro su propia vida y la de su futuro hijo.

Pero es importante diferenciar entre la mortalidad fetal y morbilidad a largo plazo. Su teoría se basa que, a veces ocurre un evento adverso que pueda llevar consigo una privación de oxígeno para el feto (hipoxia fetal) y esta hipoxia puede ocasionar un daño irreversible en el cerebro, denominada encefalopatía neonatal. Esta encefalopatía produce a largo plazo una discapacidad. Discapacidad entendida como parálisis cerebral, parálisis motora y defectos de percepción, movilidad y cognitivos.

El manejo de esta hipoxia, entienden los autores, que es mejor y más rápido en un medio sanitario que en un parto domiciliario, puesto que en el medio hospitalario disponen de los medios y personal cualificado y entrenado y no es necesario un traslado.

El *niño, con plenos derechos, sufrirá una discapacidad futura evitable* como consecuencia a largo plazo, de una encefalopatía neonatal secundaria a una hipoxia fetal durante el parto domiciliario. La decisión tomada del lugar de nacimiento es por parte de la madre.

Esta *discapacidad evitable futura*, si empleamos el principio de neutralidad temporal – por el cual las acciones que causan un daño futuro, son iguales que si el daño se produjese hoy- la madre sería responsable de ese daño; puesto que si el niño tiene una discapacidad, por ejemplo del lenguaje, por el principio de neutralidad temporal, es como si la madre produjese ese daño a los dos años de vida y eso actualmente y bajo los derechos del niño, no es aceptable.

Los autores plantean que se necesitan más estudios sobre la discapacidad a largo plazo de los niños asistidos en partos planificados domiciliarios, antes de tomar una postura ética con respecto al parto natural.

Esta teoría ha tenido un gran calado, con una llamada al estudio a este nuevo enfoque por parte de instituciones fuertemente defensoras del parto natural, como el colegio británico, que da por bueno el principio de autonomía, pero que reflexiona sobre la futura discapacidad ocasionada en el niño por la elección del parto natural.

Por otro lado, en cuestiones éticas, *la figura paterna no representa ningún papel en la toma de decisiones ni responsabilidades en la elección de la vía del parto.*

INVESTIGACIÓN

El parto natural es a día de hoy, un campo de vigente actualidad con un debate apasionado e inconcluso en la literatura científica. Para intentar dar respuesta a algunas lagunas existentes se ha realizado esta investigación.

La investigación que aquí se presenta, tiene cuatro objetivos fundamentales que son:

- 1.- Verificar el posicionamiento sobre el parto natural en la población sanitaria de la Comunidad Autónoma de Murcia.
- 2.- Verificar el grado de aceptación y de demanda del parto natural entre la población femenina de dicha comunidad.
- 3.- Comparar las diferencias existentes entre ambas poblaciones.
- 4.- Establecer el posicionamiento bioético en la asistencia al parto natural en la población femenina y en los profesionales sanitarios de nuestra Comunidad.

Y tres hipótesis fundamentales:

- A. Existe disparidad de actitud profesional hacia el parto natural entre la población sanitaria (ginecólogos, matronas y auxiliares).
- B. No existe una demanda importante del parto natural entre la población femenina.
- C. En el parto natural podría existir una omisión de los derechos del recién nacido frente a la libertad de la madre y los profesionales que asisten dicho parto natural.

Se ha diseñado una encuesta con escala Likert, que se ha validado de forma cualitativa y cuantitativa. Se ha empleado con 100 miembros de la población general y 75 profesionales sanitarios. Tras un análisis estadístico, descriptivo y factorial, y una interpretación de los datos obtenidos, se han llegado a las conclusiones que expongo seguidamente:

A. Población general

La población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia aprueba la asistencia hospitalaria del parto, en un modelo intervencionista institucionalizado.

1. Entienden el parto hospitalario más seguro que el parto natural.
2. Consideran que en el parto, pueden surgir complicaciones que necesitan ayuda médica rápida para solucionarse.
3. Creen que los profesionales deben actuar dos semanas después de la fecha de parto y que pueden ocurrir circunstancias donde colisionen los derechos maternos y fetales.

4. Las personas que han tenido una experiencia hospitalaria, ha sido globalmente satisfactoria.

Esta consideración positiva hacia el parto hospitalario *es un valor en sí mismo, no por exclusión de otras opciones, como el parto natural*, ya que no se relaciona significativamente con la concepción que presentan sobre el parto natural.

Por otro lado, *el parto natural no goza de aceptación mayoritaria entre la población femenina y no supone una demanda generalizada social para llevarlo a cabo, aunque sí existe, un grupo pequeño, con un posicionamiento activo a favor del parto natural.*

La población femenina murciana, mayoritariamente considera:

- A. Que no les gustaría llevar a cabo la asistencia de su parto en un modelo de parto natural, si el sistema sanitario español lo incluyera en sus prestaciones.
- B. No consideran que la futura madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- C. Se muestran en contra de que los profesionales sanitarios deban respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean; al igual que no opinan que se deba respetar cualquier decisión de la gestante, incluida si esta supone un riesgo vital para el recién nacido.
- D. Consideran que los derechos de la madre deben ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido.

Globalmente la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia, no consideran que el parto natural ofrezca mayor vínculo emocional con su matrona ni ofrezca mayor grado de intimidad a la vez que no consideran a la parturienta, en el parto natural, como responsable de su parto.

En contraposición, un grupo poblacional, que representa un tercio poblacional, el 31,25% de ellas, entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, expresando:

- A. Que se debe respetar por parte de los profesionales sanitarios, las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean.

- B. Además se muestran partidarias que el sistema sanitario tenga en sus prestaciones el parto natural y si se incluyeran, les gustaría llevarlas a cabo.
- C. Creen que las gestantes disponen de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
- D. Consideran que el enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que lo perturbe.

Con respecto a necesidad de incorporación del parto natural a la cartera de servicios, la población femenina murciana de forma mayoritaria, muestra indiferencia en su contestación, esto significa que, se *muestra respetuosa* con posturas diferentes a la generalidad, ya que a la población mayoritaria muestra rechazo a llevar a cabo un parto natural si incluyese dentro del sistema sanitario español. *Es decir, la población mayoritariamente no desea llevar a cabo un parto natural, pero se muestra respetuosa que forme parte de la cartera de servicios asistenciales.* Otra postura diferente, es la observada en la población minoritaria comentada anteriormente.

Esta *subpoblación* no solo tiene una *actitud positiva* hacia el parto natural sino se convierte en una *exigencia* para las instituciones con valores de anclaje altos para las variables de incorporación a la cartera de servicios del parto natural y para llevar a cabo un parto natural, si este se incluyese.

Aquellas personas de la población general que consideran el parto natural como método válido de parto, significativamente se relacionan con los las ventajas del parto natural de intimidad y vínculo emocional.

En este mismo sentido, esta mismo grupo poblacional, cree que cuando hay una colisión entre los derechos, se debe respetar los derechos de la madre, aunque suponga un riesgo fetal. Esta relación está muy de acuerdo con la ética principalista, como ya hemos explicado en la parte teórica.

En conclusión, el grupo poblacional minoritario, está bien formada sobre el parto natural, sabe sus ventajas y conoce la ética que atañe a dicho parto y sus riesgos y muestra un posicionamiento activo y demandante a las instituciones sanitarias. En nuestra investigación esta subpoblación representa un tercio de la población general.

Se ha realizado un análisis de publicaciones previas sobre el posicionamiento, actitudes, demanda y aceptabilidad poblacional sobre el parto natural, no obteniendo resultado alguno sobre el mismo.

B. Población sanitaria

Entre la población sanitaria, hay disparidad en la valoración del parto natural; por un lado, hay un sector formado por matronas y auxiliares, que muestra estar más receptivo al parto natural que la población sanitaria, formada por obstétricas, que muestra un rechazo hacia el parto natural.

1. Los ginecólogos se posicionan de la siguiente manera:
 - a. Para ellos, el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
 - b. No les gustaría llevar a cabo, para sí mismos, un parto natural.
 - c. No consideran que la madre disponga de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
 - d. No creen que deba respetarse las decisiones de la gestante, sean cuales sean.
 - e. No consideran que el parto natural se englobe dentro del principio de autonomía.
 - f. Muestran indiferencia a la incorporación del parto natural dentro de la cartera de servicios.

2. Por otro lado, el binomio compuesto por matronas y auxiliares vinculadas a unidades materno-fetales opinan que:
 - a. El parto natural debe ser incluido en la cartera de servicios.
 - b. Y si esto fuera así, les gustaría llevarlo a cabo, aunque piensan que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural.
 - c. Al igual que los ginecólogos no creen que se deba respetar todas las decisiones de la gestante.
 - d. No creen que la gestante tenga la capacidad de decidir todas las circunstancias que involucran su parto.
 - e. Por otro lado, entienden el parto natural dentro del principio de autonomía.

La población sanitaria en su totalidad, *son conocedores de las características que definen el parto natural y de sus posibles ventajas*, puesto que podría proporcionar mayor intimidad y vínculo que el parto hospitalario con los mismos resultados, permitiendo pequeñas intervenciones, todas basadas en la evidencia. También se *muestran conocedores de sus posibles limitaciones* de aplicación en un contexto sanitario, como puede ser la distancia excesiva o criterios de alto riesgo obstétrico.

En la literatura reciente, excluyendo dos artículos publicados en 1995 y 1996, con respecto a las actitudes del personal sanitario hacia el parto natural, objetivamos que se encuentran en consonancia con los datos obtenidos en nuestra investigación.

Un primer autor de referencia en Vedam, en cuyos artículos publicados concluyen que las matronas muestran una actitud positiva hacia el parto natural frente a una opinión negativa de los ginecólogos.

Klein, en septiembre del 2009, publica una investigación canadiense, cuya conclusión es que las matronas y doulas reflejan una actitud más positiva hacia el parto natural que los obstétricos. Igual conclusión obtienen los investigadores en Australia en 2013.

A nivel europeo, hay una publicación en Reino Unido, en Julio del 2014, que observan que las matronas se muestran más entusiastas que los ginecólogos hacia el parto natural. De igual manera, las matronas se muestran partidarias del apoyo institucional y les gustaría llevarlo a cabo en su propio parto, a diferencia de los ginecólogos que se posicionan de forma neutra hacia el apoyo institucional y en contra de realizar un parto natural en ellos mismos o familiares y/o amigas.

Con respecto a nuestro país, no hay publicaciones en España sobre las actitudes de los profesionales sanitarios hacia el parto natural. En Julio del 2014, una publicación catalana, estudia las opiniones de los profesionales sanitarios hacia el parto normal, es decir, el parto hospitalario de baja intervención, y las actitudes de estos profesionales hacia las recomendaciones para llevarlo a cabo. En este sentido publican que las matronas muestran un mayor grado de aceptación y aplicación de estas medidas con respecto a los ginecólogos.

En conclusión, los datos obtenidos en nuestra investigación para la población sanitaria de la Región de Murcia, están en consonancia con los publicados, lo que da consistencia a nuestro estudio.

C. Aspectos bioéticos

La población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia, de forma mayoritaria, no se muestra conforme con la ética principalista preponderante aplicada en el parto natural; donde es un derecho de la mujer elegir el parto que ella quiera y que la interposición de los profesionales sanitarios en su decisión violarían sus derechos.

La población de forma mayoritaria no cree que la futura madre disponga de la capacidad de decisión y si su decisión constituye un riesgo vital para el recién nacido, no se debe respetar. De igual manera, no creen que los profesionales sanitarios deban respetar cualquier decisión de la gestante. Así pues, *la población murciana, globalmente no comparte la ética principalista del parto natural.*

En contraposición, *un tercio de la población femenina, comparte y comprende la ética principalista aplicada al parto natural.* Este grupo poblacional, entiende el parto natural dentro del principio de autonomía, donde la madre puede tomar cualquier decisión, de forma *capacitada*, en cualquier circunstancia y situación, aunque suponga un riesgo vital para el recién nacido.

Para los profesionales sanitarios no es aplicable la ética principalista de autonomía en el parto natural. No creen que los profesionales deban respetar todas las decisiones de la gestante en su plan de parto, no consideran capacitada a la futura madre para tomar todas las decisiones que involucren su parto y no consideran oportuno respetar las decisiones, si ponen en peligro vital al recién nacido.

Las matronas y auxiliares adscritos a las unidades maternos fetales, considerando que se puede entender el parto natural dentro del principio de autonomía, tampoco consideran aplicable en su ejercicio, aunque con posturas menos polarizadas que la profesión médica.

Una posible interpretación de los resultados obtenidos, es que *se está realizando una visión nueva del parto natural, que emana desde una parte de la sociedad muy activa, pero actualmente minoritaria y que está teniendo parte de repercusión en los*

profesionales sanitarios de matronas y auxiliares. Esto se traduce en el concepto de parto natural

Desde el punto de vista institucional, en un intento de satisfacer este nuevo modelo de asistencia, el parto natural, reclamado desde una parte de ciudadanía muy activa, y como método de resolución de los posibles dilemas éticos planteados, se ha elaborado un plan estratégico de asistencia al parto, denominado parto normal.

El *parto normal*, trata de aunar, como *modelo consenso* estas dos posturas enfrentadas. El parto normal es un tipo de *modelo asistencial institucionalizado*, restando intervencionismo e intentando aumentar el protagonismo de la gestante en su parto. Entre sus objetivos se encuentra aportar mayor grado de vinculación materno fetal con un clima de mayor calidez y libertad de movimientos para la gestante. También trata de favorecer la ayuda del padre en el proceso. El hecho que sea hospitalario, hace que se disponga de los medios necesarios para actuar en cualquier momento si en el parto sucediera un evento deletéreo, por consiguiente mejora la seguridad. Aún así, la responsabilidad última del cuidado de la madre y del recién nacido es de los profesionales sanitarios. En conclusión desde instancias públicas, la opción optada como solución al dilema ético es un *parto institucionalizado de baja intervención, el parto normal*.

Las conclusiones de nuestro trabajo podrían resumirse en las siguientes:

- *El parto natural no goza de aceptación mayoritaria entre la población femenina de la Comunidad Autónoma de Murcia y no constituye una demanda extendida entre la población.*
- *Las matronas y auxiliares se muestran más receptivas al parto natural que los ginecólogos, que expresan un rechazo manifiesto.*
- *La población general y ginecológica muestran una postura de rechazo frente al parto natural, mientras un sector poblacional y el binomio compuesto por matronas y auxiliares vinculadas a unidades maternofetales se postulan más proclives al parto natural.*
- *La población general y sanitaria no comparte la ética principalista del parto natural. La ética principalista, fundamentada en el principio de autonomía es la ética preponderantemente aplicada, donde es un derecho de la mujer elegir cualquier tipo de parto. Hay un tercio de la población general que comparte y comprende esta ética, donde la futura madre de forma capacitada, en cualquier*

circunstancia y situación puede tomar cualquier decisión, aunque suponga un riesgo vital para el recién nacido.

Quedan muchas incógnitas todavía sin resolver, que podrían ser objeto de futuras investigaciones. El futuro, creemos que debe ir encaminado a realizar más esfuerzos en generar un entorno más satisfactorio para la mujer con un ambiente más familiar a la par de realizar una obstetricia basada en la evidencia, abandonando la medicina paternalista, sin restar protagonismo a la mujer en la toma de decisiones, aportando toda la información necesaria, puntual y detallada y realizando todas las medidas e intervenciones que la ciencia dispone para un objetivo común: un *nacimiento seguro y feliz* para la madre y su recién nacido.

ANEXO

PROPOSICIONES	
El parto natural es el que transcurre sin intervención médica alguna, desde su inicio hasta después del nacimiento	DEFINICIÓN
El parto natural es sinónimo de parto normal	NORMAL
El parto natural se puede llevar a cabo en todos los posibles partos (gemelares, podálicos...)	GEMELAR
En el parto natural se puede emplear anestesia epidural si la futura madre lo desea	ANESTESIA
La distancia de la vivienda al hospital puede ser causa de imposibilidad para el parto natural	DISTANCIA
En el parto natural se emplea medicación como oxitocina	MEDICACIÓN
El parto natural permite un clima de intimidad para la futura madre mayor que el parto hospitalario	INTIMIDAD
En el parto natural, la gestante se siente responsable del parto	RESPONSABILIDAD
La monitorización fetal discontinua permite libertad de movimientos	LIBERTAD
El parto, al ser un acto involuntarios, es innecesario una ayuda directa	INVOLUNTARIO
El enfoque del parto natural es la protección frente a cualquier factor que perturbe dicho parto, como la luz excesiva	PROTECCIÓN
El parto natural permite un vínculo emociona mayor entre la parturienta y su matrona que en el parto hospitalario	VÍNCULO
Las complicaciones que pueden producirse en un parto son previsibles	COMPLICACIONES
Algunas complicaciones que surge durante el parto, necesitan ayuda médica rápida para solucionarse	AYUDA MÉDICA
El riesgo de muerte fetal y/o materna es una complicación infrecuente	MORTALIDAD
Los resultados materno-fetales son iguales en el parto natural	RESULTADOS

que en el parto medicalizado	
En el parto natural se realizan intervenciones como monitorización fetal discontinua o sutura de desgarros vaginales	INTERVENCIONES
Dos semanas después de la fecha prevista de parto se debe acudir a un hospital para finalizar la gestación	TIEMPO
En el parto natural, la matrona que acompaña a la gestante, es en última instancia, quién decide si ese parto necesita ayuda médica	MATRONA
Si el sistema sanitario español incluyera en sus prestaciones, la asistencia al parto natural, te gustaría llevarlo a cabo	PRESTACIÓN
Crees que el parto hospitalario es más seguro que el parto natural	SEGURIDAD
Crees que la futura madre dispone de la capacidad para decidir todas las circunstancias que involucran su parto	DECISIÓN
Si tienes experiencia en partos hospitalarios: crees que globalmente ha sido una experiencia satisfactoria	EXPERIENCIA
El parto natural se puede entender dentro del principio de autonomía	AUTONOMÍA
Los profesionales deben respetar las decisiones de la gestante en su plan de parto, sean cuales sean	RESPETO
Los derechos de la madre deber ser respetados de igual manera que los derechos del recién nacido	RECIÉN NACIDO
Se debe respetar cualquier decisión de la gestante, aunque esta suponga un riesgo vital para el recién nacido	RIESGO
Las instituciones sanitarias debe dar cabida a la asistencia al parto natural	ASISTENCIA
Los profesionales deben emplear todos los cuidados que se requiera, según el estado de la ciencia, tanto para la madre como para el recién nacido	LEX ARTIS
En algunas circunstancias, puede existir colisión en los derechos de la madre y el recién nacido	COLISIÓN

BIBLIOGRAFÍA

- AAP., «Planned home Birth. Committee on fetus and newborn» en *Pediatrics* <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/1016.full.html>.
- ABEL, F., «Bioética: origen y desarrollo» en *La vida humana: origen y desarrollo*. Universidad Pontificia Comillas, Santander 1989.
- ACIÉN, P., *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, Alicante 2001.
- ACOG., «Planned home birth. Committe Opinion 476» en *Obstet Gynecol* 117 (2011) 425-428.
- ACOG., «Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists task force on neonatal encephalopathy» en *Obstet Gynecol* 123 (2014) 896-901.
- ACOG., «Practice Bulletin 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles» en *Obstet Gynecol* 114 (2009) 192.
- AGUIRRE, E., *Historia de la Medicina*, Barcelona 1972.
- ALFIEREVIC, Z.- DEVANE, D.- GYTE, G.M., «Continuous cardiotocography (CTG) as a form for fetal monitoring (EFM) for fetal assesment during labour» en *Cochrane Database Syst Rev* 5 (2013) Art. No CD006066 DOI:10.1002/14651858.CD006066.pub2.
- AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIFES., Division of standards and practice. Position statement: home Birth. Approved by the ACNM Board of Director: May 2011. Availble at: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPBirth%20Aug%202011.pdf>.
- ARIES, P.B.- DUBY, G., *Historia de la vida privada*, Madrid 1987.
- ARSUAGA FERRERES, J.L., *Antropología del hueso coxal: Evolución dimorfismo sexual y variabilidad*. Tesis Doctoral Doctorales UCM, Madrid 1990.
- Bajo Arenas, J.M., «Medicina defensiva» en *Revista Calidad y Riesgo* (2012).
- BAJO ARENAS, J.M., *Fundamentos de Obstetricia*, Madrid 2007.
- BEAUCHAMP, T.- CHILDREES, J., *Principio de ética biomédica*, Barcelona 1979.
- BEAUCHAMP, T.- CHILDRES, J., *Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition*, Oxford University Press, Nueva York/Oxford 1994 (trad. cast. *Principios de ética biomédica*, Barcelona 1999).
- BEDWELL, C.- HOUGHTON, G.- RICHENS, Y.- LAVENDER, T., «She can choose, as long as I'm happy with it": A quantitaive study of expectante father's view of Birth place» en *Sex Reprod Health* (2011) 71-75.
- BELLVER CAPELLA, V., Bioética laica, ¿en qué consiste esta propuesta? ¿Es realmente neutra? en www.bioeticawebs.com 2008.
- BERNHARD, C.- ZIELINSKI, R.- ACKERSON, K.- ENGLISH, J., «Home Birth after hospital birth: Women's choices and reflections» en *J Midwifery Womens's Health* 59 (2014) 160-166.
- BEWLEY, S.- NEWBURN, M.- SANDALL, J., «Editorials about home birth-proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1297.
- BIBEMONT DESSAIGNES, A., *Tratado de Obstetricia*. Tomo II, Madrid 1904.
- BINETTI, P., «Más Allá del Consentimiento Informado: La Relación Consensual» en *Cuadernos de Bioética* XXII 76 (2011).
- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP., «Perinatal and maternal outcomes by planned place of Birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England nacional prospective cohorte study» en *BMJ* 343 (2011) d7.
- BLÁZQUEZ, N., *Bioética. La nueva ciencia de la vida*, Madrid 2000.
- BLIX, E.- HUITFEDT, A.S.- OIAN, P.- STRAUME, B.- KUMLE, M., «Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohorte study» en *Sex Reprod Health* 3 4 (2012) 147-153.
- BLIX, E.- KUMLE, M.- OIAN, P.- LINDGREN, H.E., «Transfer to hospital in planned home births: a systematic review» en *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (2014) 179.
- BOLADEROS, M., «Bioética: definiciones prácticas y supuestos antropológicos» en *TREMATA, Revista de filosofía* 33 (2004) 383-392.

- BRODY, H.- SAKALA, C., «Revisiting “The Maximin Strategy in Modern Obstetrics”» en *J Clin Ethics* 24 (2013) 198-204.
- BRODY, H.- THOMPSON, J.R., «The Maximin strategy in Modern Obstetrics» en *J Family Prac* 12 (1981) 977-986.
- BUEKENS, P.- KEIRSE, M.J.N.C., «Home birth: safe enough, but not for the first baby» en *Birth* 39 2 (2012) 165-167.
- BURGOS, J.M., «Las convicciones religiosas en la argumentación bioética. Dos perspectivas secularistas diferentes: Sádaba y Habermas-Rawls» en *Cuadernos de Bioética* XIX (2008) 29-41.
- CABERO, L., *Fundamentos en Obstetricia (SEGO)*, Madrid 2007.
- CABERO, L., *Obstetricia y Medicina Materno Fetal*, Madrid 2010.
- CABERO, L., *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, Madrid 2003.
- CABRERA VALVERDE, J.M., «La persona humana: fundamento de la Bioética» en *Revista Medicina y Ética* 1 (1995).
- CAFFARA, C., *Manual de Bioética General*, Madrid 1994.
- CALLAHAN, D., «Is justice enough? Ends and means in bioethics» en *Hastings Center Report*, 26 (1996).
- CAMPS, V., *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*, Barcelona 2005.
- CAMPS, V., *Una vida de calidad: Reflexiones sobre bioética*, Barcelona 2001.
- CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. www.ctfphc.org/. Consultado el 25-5-2014.
- CARO BAROJA, J., *Los pueblos del norte de la Península Ibérica*, Madrid 1943.
- CASADO, M., *Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética. Derecho biomédico y bioética*, coord. C. MA Romeo Casabona, Granada 1998.
- CASAS GASPA, E., *Creencias, costumbres y supersticiones relacionadas con el nacimiento*, Madrid 1932.
- CASAS MARTÍNEZ, M.L., *Enseñanza de la bioética en la carrera de medicina en Formación Docente: un análisis desde la práctica* coord: J. Carrillo, V. Ontiveros, y P. Ceceñas, México 2013.
- CATLING, C.- DAHLEN, H.- HOMER, C.S., «The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia» en *Midwifery* 30 7 (2014) 892-898.
- CHENEY, M.- BOVBERG, M.- EVERSON, C.- GORDON, W.- HANNIBAL, D.- VEDAM, S., «Outcomes of care for 16.924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statics Project, 2004 to 2009» en *J Midwife Womens Health* 59 (2014) 17-27.
- CHENEY, M.- BURCHER, P.- VEDAM, S., «A crusade against home Birth» en *Birth* 1 (2014).
- CHENG, Y.W.- SNOWDEN, J.M.- KING, T.L.- CAUGHEY, A., «Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States» en *Am J Obstet Gynecol* 209 325 (2013) e1-8.
- CHERVENAK, F.- MC CULLOUGH, L.B.- GRÜNEBAUM, A.- ARABIN, B.- LEVENE, M.L.- BRENT, R.L., «Planned home Birth: a violation of the best interests of the child standar?» en *Pediatrics* 132 5 (2013) 921-923.
- CHERVENAK, F.A.- MC CULLOUGH, L.B.- BRENT, R.L.- LEVENE, M.I.- ARABIN, B., «Planned home birth in the United States and professionalism: a critical assesment» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 184-191.
- CHERVENAK, F.A.- MC CULLOUGH, L.B.- BRENT, R.L.- LEVENE, M.I.- ARABIN, B., «Planned home birth: the professional responsibility response» en *Obstet Gynecol* 208 1 (2013) 31-38.
- CHERVENAK, F.A.- MC CULLOUGH, L.B.- ARABIN, B., «Obstetrics ethics. An Essentials Dimension of planned home birth» en *Obstet Gynecol* 117 (2011) 1183-1187.
- CHU, S.- CHERVENAK, F.A.- GRÜNEBAUM, A., «Are planned home births really low risk?» en *Obstet Gynecol* 123 1(2014) 44s.
- Ciccone, L., *Bioética. Storia, principi, questioni*, Milano 2003.
- CLOUSER, D.- VERT, B., «A critique of Principlism» en *J Med Philos* (1990).
- CLUETT, E.R.- BURNS, E., «Immersion in water in labour and Birth» en *Cochrane database systematic review* 2 (2009) CD000111.
- COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MURCIA. www.commurcia.es. Consultado el 17-10-2013.

CONDE FERNÁNDEZ, F., La cesárea. Una perspectiva bioética. Academia de Ciencias e Ingeniería de Lanzarote. Discurso académico 36, Lanzarote, 2009, 22-23. <http://www.academiadelanzarote.es/Disursos/Discurso%2036.pdf>. Consultado el 26-12-2014.

COURY, C.H.- GIROD, I., *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona 1872.

COX, J.M.- SCHLEGEL, R.- PAYNE, P.- TEAF, D.- ALBERS, L., «Outcomes of planned home births attended by certified nurse-midwives in southeastern Pennsylvania» en *J Midwifery Womens Health* 58 2 (2013) 145-149.

CRUZ-COKE, R., «Declaración universal de bioética y derechos humanos de UNESCO» en *Revista Médica de Chile* 133 (2005) 1120-1122.

CRUZ HERMIDA, J., *La operación cesárea a través de la Historia. Mitos, anécdotas y leyendas sobre la misma*, Madrid 2003.

DANIELSN, N., *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge, Nueva York 1985.

DARE., «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis» en *Databases of abstract of review of effects*, available <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/> Consultado el 19-2-2013.

DAVES, J.- HEY, E.- REID, W.- YOUNG, G., «Prospective regional study of planned home birth» en *BMJ* 313 (1996) 91-97.

DAVEY, M.A.- FLOOD, M.M., «Perinatal mortality and planned home birth. Letters to the editors» en *Am J Obstet Gynecol* 204 4 (2011) e 18.

DE CRSPINGNY, L.- SAVULESCU, J., «Homebirth and the future Child» en *JJ Med Ehtics* 0 (2014) 1-6.

DE JONGE, A.- BARON, R.- WESTERNENG, M.- TWISK, J.-HUTTON, E., «Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: a secondary análisis of EURO-PERISTAT data» en *Midwefery* 29 (2013) 1011-1018.

DE JONGE, A.- MESMAN, J.A.J.M.- MANNIÉN, J.- ZWART, J.J.- VAN DILLEN, J.- ROOSMALEN, J., «Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: Nationwide cohorte study» en *BMJ* 346 (2013) doi:10.1136.

DE JONGE, A.- STUIJT, R.- EIJKE, I.- WESTERMAN, M., «Continuity of care: what matters to women when they are refered from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands» en *BMJ Pregnancy and Childbirth* 14 (2014) 103.

DE JONGE, A.- VAN DER GOES, B.Y.- RAVELLI, A.C.- AMELINK VERBURG, M.P.- MOL, B.M.- NIJHUIS, F.G.- BENNEBROEK GRAVENHORST, J.- BUITENDIJK, S.E., «Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low risk planned home and hospital births» en *BJOG* 116 9 (2009) 777-784.

DE JONGE, A.- GEERTS, C.C.- VAN DER GOES, B.Y.- MOL, B.W.- BUITENDIJK, S.E.- NIJHUIS J.G., «Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after Birth among 743070 low –risk planned home and hospital births: a cohorte study base on three emerged nacional perinatal databases» en *BJOG* (2014) DOI:10.1111/1471-0528.13084.

DE VRIES, R.G.- PARUCHURI, Y.- LORENZ, K.- VEDAM, S., «Moral science: ethical argument and the PRODUCTION OF KNOWLEDGE ABOUT PLACE OF BIRTH» EN *J CLIN ETHICS* 24 3 (2013) 225-238.

DECLERQ, E.- MACDORMAN, M.F.- MENACKER, F.- SCOTLAND, F., «Characteristics of planned and unplanned home birth in 19 states» en *Obstet Gynecol* 116 1 (2010) 93-99.

DECLERQ, E.- STOTLAND, N.E., «Planned home birth. This topic last update: ene8;2013.In Uptodate», Basow,DS (ed). Uptodate, Walthnman, 2013.

DECLERQ, E., «The absolute power of relative risk in debates on repeat cesareans and home birth in the United States» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 215-224.

DELAMOTHE, T., «Throwing the baby back into bathwater» en *BMJ* 341 (2010) c 4292.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO Vox 1. Larousse Editorial, S. L , Barcelona 2009.

DIXON, L., «Planned home birth: the professional responsibility response» en *Am J Gynecol Obstet* 209 3 (2013) 280- 281.

DOWSELL, T.- THIRNTON, J.G.- HEWISON, J.- LILFORD, R.J.L., «Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? Measuring outcomes other than safety is feasible» en *BMJ* 312 (1996) 753.

ECKER, J.- MINKOFF, H., «Home Birth. What are physician's ethical obligations when patient choices may carry increased risk?» en *Obstet Gynecol* 117 (2011) 1179-1182.

EDUCER., «Mapa del parto en casa. Datos del 2011» Colección Observatorio del parto en casa en España. Año 2013. Publicación on line www.educer/partoen casa/04Mapa2011.pdf. Consultado el 26-4-2014.

ENCA., <http://www.enca.info/index.php/home#>. Consultado el 03-5-2014.

ENGELHARDT, H.T., *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona 1995.

ESTADÍSTICAS DE PARTO., http://www.estadisticasdeparto.com/2011/02/presentacion_19.html Consultado el 12-12-2014.

EUROPERISTAT., Internet:
<http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>. Consultado el 01-9-2014.

EVERS, A.C.C.- BROWERS, H.A.A.- HUKKELHOVEN, C.W.- NIKKELS, P.G.J.- VAN EGMOND, B.- LINDEN, A.- HILLEGERSBERG, J.- SNUIF, Y.S.- STERKEN- HOOISMA, S.- BRUINSE, H.W.- KWEE, A., «Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohorte study» en *BMJ* 341 (2010) c5639doi:10.1136/bmj.c5639

FABRE GONZÁLEZ, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Grupo de trabajo sobre la asistencia al parto y puerperio normal. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO*, Madrid 1995.

FABRI DOS ANTOS, M., «Conflictos de convicções em bioética clínica» en *30 horizonte* (2003) 263.

FAUCHER, M.A., «Planned home birth with community midwives has outcomes as good or better than planned hospital birth» en *J Midwifery Womens Health* 57 2 (2012) 201-202.

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I., *La revolución del Nacimiento*, Barcelona 2006.

FIGO., «Committee for Ethical aspects of Human Reproduction and Women's Health. Planned home birth» en *Int J Gynecol Obstet* 120 (2013) 204-205.

FIGO., «Ethical guidelines regarding interventions for fetal well being. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health» en *Int J Gynecol Obstet* 115 (2011) 92.

FISCHBEIN, S.J., «Redefing ethics in home birth» en *Am J Gynecol Obstet* 209 3 (2013) 279.

FLECHA, J.R., *Bioetica de bolsillo*, Barcelona 2010.

FLOYD, L., «Community midwives' views and experience of home birth» en *Midwifery* 11 (1995) 3-10.

FOGELSON, N.S.- FISCHBEIN, N.S., «Obstetrics ethics: an essentials dimension of planned home birth» en *Obstet Gynecol* 118 (2011) 357.

GEERTS, C.- KLOMP, T.- LAGRO-JANSSEN, A.- TWISK, J.- VAN FILLEN, J.- DE JONGE, A., «Birth setting, transfer and maternal sense of control: results from de Deliver study» en *BMJ Pregnancy and Childbirth. BMJ Open* 14 (2014) 27.

GOBERNA TRICAS, J., «Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto» en *Revista de Enfermería* 6 1 (2012) 71-78.

GÓMEZ SÁNCHEZ, P.J., «Principios básicos de bioética» en *Revista per Ginecol Obstet* 55 (2009) 230-233.

GONZÁLEZ MERLO, J.- GONZÁLEZ BOSQUET, E., *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, Barcelona 2001.

GONZÁLEZ NAVARRO, G.- USANDIZAGA BERIGUISTAIN, J.A., *Historia de la Obstetricia y Ginecología Tomo 1*, Madrid 2011.

GRACIA GUILLÉN, D., *Fundamentos de bioética*, Madrid 1989.

GRACIA GUILLÉN, D., *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, Colombia, 1998.

GRACIA GUILLÉN, D., *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid 1984.

GROENENDAAL, F., «Home birth: as safe as in hospital» en *BJOG* 116 9 (2009) 1684-1685.

GRÜNEBAUM, A.- MC CULLOUGH, L.B.- BRENT, R.L.- ARABIN, B.- CHERVENAK, F.A., «Perinatal risks of planned home births in the United States» en *Am J Obstet Gynecol* 15 (2014).

GRÜNEBAUM, A.- MC CULLOUGH, L.B.- BRENT, R.L.- LEVENE, M.I.- ARABIN, B.- CHERVENAK, F.A., «Justified skepticism about Apgar scoring in out-of-hospital births settings» en *J Perinat Med* 16 (2014) 1-6.

GRÜNEBAUM, A.- MC CULLOUGH, L.B.- SAPRA, K.J.- BRENT, R.L.- LEVENE, M.I.- ARABIN, B.- CHERVENAK, F.A., «Apgar score of zero at five minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting» en *Am J Obstet Gynecol* 209 323 (2013) e1-6.

GRÜNEBAUM, A.- MC CULLOUGH, L.B.- SAPRA, K.J.- BRENT, R.L.- LEVENE, M.I.- ARABIN, B.- CHERVENAK, F.A., «Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009» en *Am J Obstet Gynecol* 210 4 (2014) 390 e1-e6.

GUTIERREZ HUBY, A.M., «Bioética y responsabilidad social corporativa, consideración para la formación integral universitaria» en *QUIPUKAMAYOC Revista de la Facultad de Ciencias Contables* 21 39 (2013) 19-27.

GUYAT, G.H., «Evidence-based medicine» en *ACP Journal Club* (1991) A-16.

GYTE, G.- DODWELL, M.- MACFARLANE, A., «Editorials about home birth- proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1297.

GYTE, G.M.- DODWELL, M.J., «Home birth metaanalysis: does it meet ACOJ's reportment requieremnts?» en *Am J Obstet Gynecol* 204 (2011) e18.

HAYDEN, E.C., «Home Birth study investigated» en <http://www.Nature.com/news/2011/110318/Full/news.2011.162.html>. Consultado el 10-8-2014.

HELLEGGERS, A.T., *Los fundamentos de la Bioética*, Barcelona 1996.

HELLMAN, L.M.- PRITCHARD, J.A., *Williams Obstetricia*, Barcelona 1975.

HENDRIX, M.- VAN HORCK, M.- MORETA, D.- NIEMAN, F., «Why women do not accept randomization for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands» en *BJOG Int J Obstet Gynecol* 116 4 (2009) 537-544.

HENDRIX, M.J.- EVERS, S.M.- BASTEN, M.C.- NIJHUIS, J.G.- SEVERENS, J.L., «Cost analysis of the Dutch obstetric system: low risk nuliparous women preferring home or short stay hospital birth. A prospective non-randomised controlled study» en *BMC Health Serv Res* 19 9 (2009) 211.

HOANG, H.- LE, Q.- KILPATRICK, S.- JONA, M.- FERNANDO, N., «The commonalities and differences in health professionals' views on home birth in Tasmania, Australia: a quantitative study» en *Women Birth* 26 1 (2013) 55-59.

HOMER, C.S.E.- THORNTON, C.- SCARF, V.L.- ELLWOOD, D.A.- OATS, J.J.N.- FOUREUR, M.J.- SIBBRITT, D.- MCLACHLAN, H.L.- FORSETER, D.A.- DAHLEN, H.G., «Birthplace in New South Wales, Australia: an análisis of perinatal outcomes using routinely collected data» en *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (2014) 206.

HORTON, R., «Offline: urgency and concern about home births» en *Lancet* 376 (2010) 1812.

HOUGHTON, G.- BEDWELL, C.- FORSEY, M.- BAKER, M.- LACENDAR, T., «Factors influencing Choice in birth place- an exploration of the views of women, their partners and profesionales» en *Evid Based Midwifery* 6 (2008) 59-64.

HOWE, E.H., «When a mother wants to deliver with a midwife at home» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 172-183.

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth>. Consultado el 28-8-2014.

<http://www.asociacionmatronasmurcia.es/> Consultado el 03-5-2014.

<http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF> Consultado el día 28-8-2014.

<http://www.enca.info/> Consultado el 03-5-2014.

<http://www.europapress.es/murcia/noticia-total-cinco-matronas-atienden-partos-domicilio-region-practica-oponen-ginecologos-20120301113045.htm> Consultado el 05-11-2014.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf> Consultado el día 20-11-2014.

HUTTON, E.K.- REITSMA, A.- THORPE, J.- BRUTON, G.- KAUFMAN, K., «Protocol: systematic review and meta-analysis of birth outcomes women who intend at the onset labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital» en *Syst Rev* 29 3 (2104) 55.

HUTTON, E.K.- REITSMA, A.H.- KAUFMAN, K., «Outcomes associated with planned home birth and planned hospital birth in low- risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006; a retrospective cohort study» en *Birth* 36 3 (2009) 180-189.

- INE., *Estadísticas demográficas*.
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/e01/10/&file=04004.px&type=pcaxis> Consultado el 26-4-2014.
- INE., <http://www.ine.es/prensa/np784.pdf>. Consultado el 27-11-2014.
- IRIONDO SANZ, M.- SÁNCHEZ LUNA, S.- BONET MUSSONS, F.- MARTÍNEZ- ASTORQUIZA, T.- LAILLA VICENS, J.- FIGUERAS ALOY, J., *Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*. http://www.sego.es/Content/pdf/Parto_bajo_agua_SEN-SEGO_web.pdf. Consultado el 30-11-2014.
- JANSSEN, P.A.- KLEIN, M.C., «Time for improved standars for studies of home birth» en *Am J Obstet Gynecol* 203 5 (2010) e11-12.
- JANSSEN, P.A.- SAXELL, L.- PAGE, L.A.- KLEIN, M.C.- LISTON, R.M.- LEE, S.M., «Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician» en *CMAJ* 15 181 (2009) 377-383.
- JOHNSON, K.C.- DAVIS, B.A., «International data demonstrate home birth safety» en *Am J Obstet Gynecol* (2011) e18.
- JOUHKI, M.R.- SUOMINEN, T.- ASTEDE- KURKI, P., «Supporting and sharing-home Birth: father's perpective» en *Am J Mens Health* 9 (2014).
- JOUHKI, M.R., «Choosing homebirth- The women's perspective» en *Women and Birth* 25 (2012) e56-e61.
- KAINZ, G.- ELLIASSON, M., «The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study» en *Health care for Women International* 31 (2010) 621-635.
- KATAOTA, K.- ETO, H.- LIDA, M., «Outcomes of independt midwife attended births in birth centers and home births: a retrospective cohort study in Japan» en *Midwifery* 29 (2013) 965-972.
- KEIRSE, M.J., «Healthy women with a normal singleton pregnancy at term are not likely to be harmed by planning a home birth» en *Evid Based Med* 19 2 (2014) 69.
- KEIRSE, M.J., «Home birth: gone away, gone astray, and here to stay» en *Birth* 37 (2010) 341-346.
- KENNARE, R.M.- KEIRSE, M.J.- TUCKER, G.R.- CHAN, A.C., «Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes» en *Med J Aust* 18 192 (2010) 76-80.
- KINGMAN, E., «Editorials about home birth-proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1298.
- KINGMAN, E., «The Lancet's risky ideas? Rights, interests and home birth» en *Int J Clin Pract* 65 9 (2011) 918-920.
- KIRBY, R., «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalisis. Letters in editors» en *Am J Obstet Gynecol* (2011) e16.
- KLEIN, M.C.- KACZOROWSKI, J.- HALL, W.A.- FRASER, W.- LISTON, R.M.- EFTEKHARY, S.- BRANT, R.- MÂSSE, L.C- ROSINSKI, J.- MEHRABADI, A.- BARADARAN, A.- TOMKINSON, J.- DORE, S.- MCNIVEN, P.C.- SAXELL, L.- LINDSTROM, K.- GRANT, J.- CHAMBERLAINE, A., «The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities» en *J Obstet Gynaecol Can* 31 9 (2009) 827-840.
- KNIGHT, M., «How should we interpret the new Dutch evidence on home birth?» en *BJOG* 5 (2014) 1.
- KULULUANDA, L.I.- MALATA, A.- CHURWA, M.- SUNDBY, M., «Malawian fathers' view and experiences of attending the Birth of their children; a qualitative study» en *BMC Pregnancy and Childbirth* 12 (2012) 141.
- KUTUKDJIAN, G., «La biología en el espejo de la ética» en *Revista OEI* (1994).
- LAIN ENTRALGO, P., *La relación medica en la sociedad actual*. Discurso en el Colegio oficial de Médicos de Cuenca, España 1964.
- LAMAS, M., «La bioética: proceso social y cambio de valores» en *Sociología* 8 22 (1993).
- LAMAZE., <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=1>. Consultado el día 28-6-2014.
- LAWS, P.J.- TRACY, S.K.- SULLIVAN, E.A., «Perinatal outcomes of women intending to give birth in births centres in Australia» en *Birth* 3 (2010) 28-36.
- LEPARGNEUER, H., «Força e Franqueza dos Principios da Bioética» en *Bioética. Revista Publicada per lo Conselho Federal de Medicina* 4 2 (1996).

- LI, Y.- TOWNEND, J.- ROWE, R.- KNIGHT, M.- BROCKLEHURST, P.- HOLLOWELL, J., «The effect of maternal age and planned place of birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary análisis of the Birthplace nacional prospective cohorte study» en *BMC Open* 4 (2014) e004026.
- LIGETI, R.J.- ODDY, L.- MALLETT, A.- ABENHAIM, H., «News media coverage in the risks and benefits of home births» en *Obstet Gynecol* 123 1 (2014) 168S.
- LIKIS, F.E., «Home birth: moving towards shared goals» en *J Midwife Womens Health* 59 6 (2014) 567-568.
- LIMA, N., «Las raíces europeas de la bioética: Fritz Jahr y el Parsifal, de Wagner» en *Etica & Cine Journal* 1 1 (2013).
- LINGREN, H.- KJAERGAARD, H.- OLAFSDOTTIR, O.A.- BLIX, E., «Praxis and guidelines for planned home birth in the nordic countries. An overview» en *Sex Reprod Health* 5 1 (2014) 17-27.
- LINGREN, H.- ERLANDSOON, K., «She leads, he follows-father's experiences of a planned home birth» en *Sex Reprod Health* 2 2 (2011) 65-70.
- LINGREN, H.- HILDINGSSON, I.- RADESTAD, I., «A Swedish interview study: parent's assessment if risk in home births» en *Midwifery* 22 (2006) 15-22.
- LINGREN, H.E.- RÁDESTAD, I.J.- CHRISTENSSON, K.- WALLY-BYSTROM, K.- HILDINGSSON, I.M., «Perceptions of risk and risk managment among 735 women who opted for a home birth» en *Midwifery* 26 2 (2010) 163-172.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M.- TERRADA, M.L., *Introducción a la Medicina*, Barcelona 2000.
- LOTHIAN, J.A., «Being safe: making the decision to have a planned home birth in the United States» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 266-275.
- MACDORMAN, M.F.- DECLERQ, E.- MENACKER, F., «Trends and Characteristics of Home Births in the United States by Race and Ethnicity, 1990-2009» en *Birth* 38 (2011) 17-23.
- MACDORMAN, M.F.- MATHEWS, T.J.- DECLERCQ, E., «Trends in out of hospital births in the United States, 1990-2012» en *NCHS Data Brief* 144 (2014) 1-9.
- MACDORMAN, M.F.-MATHEWS, T.J.- DECLERQ, E., «Home Birth in the United States» en *NCHS Data Brief* 84 (2012) 1-8.
- MANRIQUE NAVA, E.- DOMÍNGUEZ MÁRQUEZ, O., «Método o métodos para investigar en bioética. Una reflexión» en *Acta Bioethica* 13 1 (2007).
- MARKENSON, D., *Asistencia pediátrica prehospitalaria*, España 2007.
- MC LACHALAN, H.- FOSTER, D., «The safety of home birth: is the evidence good enough?» en *CMAJ* 15 181 (2009) 359-360.
- MCINTYRE, M.J., «Safety on non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature» en *Aust Health Rev* 36 2 (2012) 140-147.
- MCNUTT, A.- THORNTON, A.- SIZER, P.- CURLEY, A.- CLARKE, P., «Opinions of UK perinatal Health care professionals in home Birth» en *Midwifery* 30 7 (2014) 839-46.
- MICHAL, C.A.- JANSSEN, P.A., «Planned home birth vs hospital birth: a metaanalysis gone wrong». <http://www.medscape.com/viewarticle/739987>. Consultado el 11-3-2013.
- MILLER, S.- SKINNER, J., «Are first time mathers who plan home birth more likely to receive evidence-based care? A comparative study of home and hospital care provided by the same midwives» en *Birth* 39 2 (2012) 135-144.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA., *Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud*. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco. Agencia de evaluación de tecnologías de Galicia. Guía de practica clínica en el SNS: obsteba nº 2009/01, Vitoria Gastez 2010. [http:// www.euskadi.net/ejgvbiblioteca](http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca).
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD., *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Informes, Estudios e Investigación*, Madrid 2013.
- MINKOFF, H.- ECKER, J., «A reconsideration of Home Birth in the United States» en *J Clinical Ethics* 24 (2013) 2017-214.

MOLD, J.W.- STEIN, H.F., «The Cascade Effect in the Clinical Care of Patients» en *NEJM* 314 (1986) 512-514.

Murray-Davis, B.- McDonald, H.- Hutton, E.- Mcniven, P.- Malott, A.- Elarar, L., «Why home birth? A quantitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces» en *Midwifery* 28 (2012) 576-581.

MURRAY-DAVIS, B.- MCDONALD, H.- RIETSMAN, A.- COUBROUGH, M.- HUTTON, E., «Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario Choice of Birthplace Survey» en *Midwifery* 30 7 (2014) 869-876.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) INTRAPARTUM CARE: *Management and delivery of care to women in labour*, London NICE 2007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) INTRAPARTUM CARE., *Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190*, London NICE 2014.

NIEUWENHUIJE, M.- KANE LOW, L., «Facilitating women's choice in maternity care» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 276-282.

NO AUTHORS LISTED., «Home birth- proceed with caution» en *Lancet* 31 376 (2010) 303.

NOVE, A.- BERRUGTON, A.- MATTHEWS, Z., «The metodological challenges of attempting to compare the safety of home and hospital birth in terms of the risk of perinatal death» en *Midwifery* 28 5 (2012) 619-626.

O'DOWD, M.A.- PHILIPS, E.E., *Historia de la Obstetricia y Ginecología*, Barcelona 1995.

ODENT, M., *El nacimiento en la era de plástico*, Santa Cruz de Tenerife 2011.

OESTERGAARD, M.Z.- INOUE, M.- YOSHIDA, S.- MAHANANI, W.R.- GORE, F.M.- COUSENS, S.- LAWN, J.E.- MATHERS, C.D.- UNITED NATIONS INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION AND THE CHILD HEALTH EPIDEMIOLOGY REFERENCE GROUP., «Neonatal mortality level for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a sistematic analysis of progress, projections and priorities» en *Plos Med* 8 8 (2011) e101080.

OFFERHAUS, P.- HUKKELHOVEN, C.- DE JONGE, A.- VAN DER BRUIN, K.- SCHEEPERS, P.- LAGRO-JANSSEN, A., «Persisting rise in referrals during labor in primary midwife-lef care in The Netherlands» en *Birth* 40 (2013) 192-201.

OLSEN, O.- CLAUSEN, J.A., «Planned hospital birth versus planned home birth» en *Cochrane Database Syst Rev* (2012) 9.

OMS., «Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto» en *Lancet* 2 (1985) 436-437.

OMS., 10 datos sobre la mujer http://www.who.int/features/factfiles/women_health/es/index6.html. Consultado el 27-11-2014.

OMS., Comunicado de prensa conjunto OMS/ Save the children. Ginebra 30 de Agosto de 2011. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/. Consultado el 27-11-2014.

OMS., *Estadísticas mundiales*, Ginebra 2012.

OMS., Informe de Salud. <http://www.who.int/whr/2005/es/>. Consultado el 25-8-2104.

OMS., Mortalidad materna. Nota descriptiva número 348. Mayo 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 27-11-2014.

OVERGAARD, C.- MOLLER, A.M.- FENGER-CRON, M.- KNUDSEN, L.B.- SANDALL, J., «Free-standin midwife unit versus obstetric unit: a matched cohorte study of outcomes in low risk women» en *British Medical Journal Open* 1 (2011) e000262.

PARADA NAVAS, J.L., *Apuntes de bioética*, Murcia 2008.

PICHFORTH, E.- WATSON, V.- TUCKER, J., «Models of intrapartum care and women's trade offs in remote and rural Scotland: a mixed methods study» en *Br J Obstet Gynecol* 115 (2012) 560-569.

PLANTE, L.A., «Obstetrics ethics: an essentials dimension of planned home birth» en *Obstet Gynecol* 118 (2011) 357.

POSTIGO SOLANA, E., *Concepto de bioética y corrientes actuales en Bioética personalista: ciencia y controversias* edit G. M. Tomás y Garrido y Elena Postigo, Madrid 2007.

POTTER, V.R., «Biethics: The science of survival» en *Perspect Biol Med* 14 (1970) 120-123.

- PREMBERG, A.- CARLSSON, G.- HELLSTRÖM, A.L.- BERG, M., «First-time fathers experiences of childbirth—A phenomenological study» en *Midwifery* (2010), doi:10.1016/j.midw.2010.09.002.
- PUYOL, A., «Hay bioética más allá de la autonomía» en *Revista de Bioética y Derecho* 25 (2012).
- RAE., *Diccionario de la Lengua española* Vigésima edición. www.rae.es. Consultado el 08-1-2014.
- REGAN, M.- MC ELROY, K., «Women's perceptions of Childbirth risk and place of Birth» en *J Clinical Ethics* 24 (2013) 239-252.
- REICH, W., *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York 1995.
- ROLAND, F., *Acerca de los métodos de la bioética para el análisis y la solución de los dilemas morales*, Buenos Aires 2000.
- ROMANO, A.M., «Safe and healthy birth: the importance of data» en *J Perinat Educ* 19 4 (2010) 52-58.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST/ ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES., *joint stament n2: home births*. www.rcog.org.uk/women-health/clinical-guidance/home birth.
- RUIZ VÉLEZ- FRÍAS, C., *El parto sin dolor*, Madrid 1998.
- RUIZ VÉLEZ- FRÍAS, C., *Obstetricia matronil. Manual de preparación física y psicológica de embarazadas y asistencia al parto normal a domicilio para uso de matronas*, Madrid 2001.
- RUIZ, M.R.- LIMONERO, J.T., «Professional attitudes towards normal childbirth in a shared care unit» en *Midwifery* 30 7 (2014) 817-24.
- RUSSO, C.F.G., *Historia de la bioética*, Madrid 1995.
- SABADA, J., *Principios de bioética laica*, Barcelona 2004.
- SÁNCHEZ ÁLVAREZ, P., *Los valores en el plano real y en el plano ideal de los jóvenes de la Comunidad Autónoma Murciana*. Tesis doctoral, Madrid 1995.
- SÁNCHEZ ÁLVAREZ, P., *Prevención de la Violencia contra la mujer. Estudio de las actitudes sexistas en la Comunidad Autónoma de Murcia en el alumnado no universitario*. Investigación subvencionada por la Comunidad Autónoma de Murcia, Murcia 2008.
- SÁNCHEZ GARDUÑO, J.- DUBÓN PENICHE, M.C., «Comités hospitalarios de Bioética» en *Revista CONAMED* 18 1 (2013) 37-40.
- SANDALL, J.- BEWLEY, J., «Home births triples the neonatal death rate: public communication of bad science?» en *Am J Obstet Gynecol* 204 (2011) e18-e20.
- SANDALL, J., «Birthplace in England research –implications of new evidence» en *J Perinat Educ* 22 2 (2013) 77-82.
- SANZ, I.- SÁNCHEZ LUNA, M.- BOTET MUSSONS, F.- MARTÍNEZ- ASTORQUIZA, T.- LAILLA VICENS, J.M.- FIGUERAS ALOY, J., *Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología*. http://www.sego.es/Content/pdf/Parto_bajo_agua_SEN-SEGO_web.pdf.
- SCHROEDER, E.- PETROUS, S.- PATEL, N.- HOLLOWELL, J.- PUDDICOMBE, D.- REDSHAW, M.- BROKLEHURST, P.- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP., «Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study» en *BMJ* 344 (2012) e2292.
- SEGO., *Documento informado (con valor de consentimiento informado) sobre la asistencia al parto*. Madrid. Internet. www.sego.es. Consultado el 13-1-2014
- SEGO., *Protocolos asistenciales en obstetricia. "Definiciones perinatológicas"* Internet. Disponible en www.sego.es. Consultado el 15-5-2014.
- SILLENDER, M., «Should health purchasers be funding home birth for nulliparous women» en *BMJ* 344 (2012) e 918.
- SIMPSON, K.R., «Planned home Birth» en *MCN Am J Matern Child Nurs* 38 5 (2013) 326.
- SIURANA APARICI, J.C., «Los principios de una bioética intercultural» en *VERITAS* 22 (2010) 121-157.
- SJÖBLM, I.- IDVALL, E.- LIDGREN, H.- AND NORDIC HOMEBIRTH RESEARCH GROUP., «Creating a safe haven- women's experiences of the midwives's professional skills during planned home birth in four nordic countries» en *Birth* 41 (2014) 100-107.
- SMULDERS, B.- CROON, M., *Parto Seguro. Una guía completa*, Barcelona 2009.

SOSA, C.G., «Planned hospital birth in economically developing countries: are we ready» en *Int J Gynecol Obstet* 119 2 (2012) 103-104.

SOURCE CIA. THE WORLD FACTBOOK Ined.<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2054.html> Consultado 18-4-2014.

STENDHAL, L., *Paseos por Roma*. Obras completas VII, Madrid 1988.

STRAUS, S.L.- MC ALISTER, F.A., «Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms» en *CMAJ* 163 (2000) 837-41.

THORWALD, J., *El siglo de los Cirujanos*, Barcelona 1970.

UNICEF. COMITÉ ESPAÑOL., CDN., *Convención sobre los Derechos del Niño*. http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf. Madrid 2006.

VAN DER KOY, J.- PEROAN, J.- DE GRAAF, P.- BIRNIE, E.- DENSKTAS, S.- STEEGERS, E.A.P.- BONSEL, G., «Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands. Intrapartum and early death in low risk pregnancies» en *Obstet Gynecol* 118 (2011) 1037-46.

VAN HAAREN-TEN HAKEN, T.- HENDRIX, M.- NIEUWENHUIJZE, M.- BUDE, L.- DE VRIES, R.- NIJHUIS, R., «Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands» en *Midwifery* 28 5 (2012) 609-618.

VEDAM, S.- LEEMAN, L.- CHENEY, M.- FISHER, T.J.- MYERS, S.- LOW, L.K.- RUHL, C., «Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration» en *J Midwifery Women's Health* 59 6 (2014) 624-634.

VEDAM, S.- STOLL, K.- AAKER, J., «Assessing certified nurse-midwives' attitudes towards planned home birth» en *J Midwife Womens Health* 55 2 (2010) 133-142.

VEDAM, S.- STOLL, K.- SCHUMMERS, L.- FAIRBROTHER, N.- KLEIN, M.C.- DHARAMSI, D.- ROGERS, J.-LISTON, R.- KACZOROWSKI, J.- GHONG, G.K., «The Canadian birth place study: describing maternity practice and providers' exposure to home birth» en *Midwifery* 28 5 (2012) 600-608.

VEDAM, S.- STOLL, K.- SCHUMMERS, L.- ROGERS, J.- PAINE, L., «Home birth in North America: Attitudes and Practice of US Certified Nurse-Midwife and Canadian registered Midwives» en *J Midwifery Womens Health* 59 2 (2014) 141-152.

VEDAM, S.- STOLL, K.- SCHUMMERS, L.- WHITE, S.- AAKER, J., «Nurse-midwife' experiences with planned home birth: impact on attitudes and practice» en *Birth* 36 4 (2009) 274-282.

VEDAM, S.- STOLL, K.- SCHUMMERS, L.-FAIRBROTHER, N.- KLEIN, M.C.- DHARAMSI, D.- ROGERS, J.-LISTON, R.- KACZOROWSKI, J., «The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth» en *BMC Pregnancy Childbirth* 28 (2014) 353.doi:10.1186/1471-2393-14-353.

VELASCO- SUÁREZ, M., «Bioética y derechos humanos» en *Int J Bioethics* 6 4 (1995).

VIAÑO, J.M.- ESCANILL, A.- CASAL, C., «Bioética Principios éticos Parte I» en *Revista Española de Ortodoncia* 43 1(2013) 34-39.

VIDAL, M., *Bioética. Estudio de bioética racional*, Madrid 1989.

WATSON, L.K., «Editorials about home birth- proceed with caution» en *Lancet* 16 376 (2010) 1297- 1298.

WATTERBERG, K.L .- COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN., «Policy statement on planned home birth: upholding the best interests of children and families» en *Pediatrics* 132 5 (2013) 924-926.

WAX, J.R.- LUCAS, F.L.- LAMONT, M.- PINETTE, M.- CARTIN, A.- BLACKSTONE, J., «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis» en *Am J Obstet Gynecol* 203 (2010) 243 e1-e8.

WENDLAND, C.L., «Excepcional deliveries: home birth as ethical anomalies in American obstetrics» en *J Clin Ethics* 24 3 (2013) 253-265.

WHO., *Recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage*, Genova 2012.

ZOHAR, N.- DE VRIES, R., «Study validity questioned» en *Am J Obstet Gynecol* 204 (2011) e18-e20.

