

Revisión bibliográfica

Casas de nacimientos en España. ¿Una opción segura?

Birth Centers in Spain. Are they a safe choice?

Teresa Angulo-González¹, Laura Rey-Granados¹, Sébastien Macors², Nuria Barberá-Rubini²

¹Matrona. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Matrona. Hospital Público Comarcal de Riotinto (Huelva)

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evidencia científica actual sobre las casas de nacimientos (unidades gestionadas por matronas que ofrecen un entorno similar al hogar y promueven la fisiología del parto), en términos de coste-efectividad, satisfacción y seguridad, tanto materna como neonatal, así como el contexto histórico de las mismas en diferentes países y la situación actual de España en relación con el lugar de nacimiento.

Material y método: Se realizó una búsqueda en las bases de datos CINAHL, PubMed, Biblioteca Cochrane y Medline, y en las guías clínicas nacionales e internacionales de distintas organizaciones científicas.

Resultados: Las últimas evidencias señalan que parir en casas de nacimientos tiene beneficios obstétricos y de coste-efectividad, mayor tasa de partos espontáneos y menor tasa de intervenciones, así como una mayor satisfacción materna.

Conclusiones: Parir en casas de nacimientos es una opción segura que ofrece mejores resultados obstétricos para mujeres de bajo riesgo, es más económica y su creación respondería a una demanda social.

ABSTRACT

Objective: To analyse the current scientific evidence about birth centers (units managed by midwives where a homelike environment and promotion of the physiology of birth is offered) in terms of cost-effectivity, maternal satisfaction and safety for mothers and babies, the historical context of birth centers in different countries and the current birthplace situation in Spain.

Method: A research was conducted using the databases: CINAHL, PubMed, Cochrane Library and Medline. National and International Clinical Guidelines as well as publications from organisations of scientific interest were also consulted.

Results: The latest evidence demonstrates that giving birth in birth centers is associated with obstetric benefits, is more cost-effective, contributes to higher rates of normal vaginal deliveries and less interventions as well as higher levels of maternal satisfaction.

Conclusions: Giving birth in birth centers is a safe option that provides better obstetrics outcomes to low risk women, it is more economical and it constitutes a response to a social demand.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Palabras clave: Centros de asistencia al embarazo y parto.

Keywords: Birth center, free-standing birth center.

INTRODUCCIÓN

En la atención al nacimiento, la institucionalización, la medicalización y las intervenciones rutinarias se instauraron a mediados del siglo xx con el objetivo de mejorar las cifras de mortalidad materno-infantil. Los resultados más inmediatos fueron esperanzadores, pero tras décadas de intervencionismo se comenzó a cuestionar la práctica sanitaria en la asistencia al parto¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva más de 30 años sugiriendo un replanteamiento de este

modelo de atención medicalizada y lanzando recomendaciones; entre ellas, la elaboración de un plan personal, que determine dónde y por quién será atendido el parto (recomendación de categoría A), así como el respeto a la elección informada de la mujer sobre el lugar del nacimiento¹. En algunos países estas recomendaciones se pusieron en práctica de manera inmediata, y comenzaron a aparecer las primeras casas de nacimientos que daban alternativa al parto hospitalario. En otros países, como España, la herencia de la institucionaliza-

Fecha de recepción: 11/04/18. Fecha aceptación: 20/02/19.

Correspondencia: N. Barberá-Rubini. Hospital Público Comarcal de Riotinto. Av. Esquila, 5. 21660 Minas de Riotinto (Huelva).
Correo electrónico: nbarub@yahoo.es

Angulo-González T, Rey-Granados L, Macors S, Barberá-Rubini N. Casas de nacimientos en España. ¿Una opción segura? *Matronas Prof.* 2019; 20(2): e27-e35.

ción y la medicalización del parto siguen vigentes, y el hospital es la única opción para parir^{2,3}.

Las casas de nacimientos se caracterizan por estar dirigidas y atendidas por matronas. Se sigue una filosofía orientada hacia el parto como un proceso fisiológico y social normal, que forma parte de la estructura vital de las personas y que tiene lugar en un entorno que se asemeja al hogar⁴. Las usuarias son mujeres sin patología previa que empiezan el parto de forma espontánea entre las 37 y las 42 semanas de gestación. La filosofía que siguen está basada en un «modelo social de cuidados»⁵. Se atienden aspectos como el empoderamiento, la confianza, el respeto y el trabajo en equipo con las parejas. El apoyo social, el entorno similar al de un hogar y el cuidado continuado de las matronas hacen que la atención al nacimiento en estas unidades tenga resultados obstétricos asociados a una menor tasa de intervenciones (partos instrumentados, cesáreas, episiotomías, desgarros, transfusiones y tasa de traslados), un mayor nivel de satisfacción materna y una mayor tasa de partos vaginales espontáneos, sin incrementar riesgos maternos o neonatales⁶⁻¹⁰, además de ser más coste-efectivo que parir en un hospital^{11,12}.

En España hay pocas alternativas al parto hospitalario. Además del parto domiciliario (PD), existen un par de casas de parto en Cataluña de gestión privada. Actualmente se está intentando introducir este modelo en la red sanitaria pública catalana dentro de sus directrices del Plan de Salud 2016-2020 (mejorar la atención al parto de baja complejidad)¹³.

La seguridad, la relación coste-efectividad y los resultados, tanto maternos como neonatales en los diferentes entornos, han sido objeto de análisis en los últimos años. Es importante entender el contexto histórico y científico en el que surgen estos establecimientos en los diferentes países, así como el contexto actual en nuestro país, para garantizar la mejor asistencia al nacimiento.

OBJETIVO

Analizar la evidencia científica actual sobre casas de nacimientos en términos de coste-efectividad, satisfacción y seguridad, tanto materna como neonatal, el contexto histórico de las mismas en diferentes países y la situación actual de España en relación con el lugar de nacimiento.

MÉTODO

En octubre de 2017 se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: CINAHL, PubMed, Biblioteca Cochrane y Medline. Asimismo, se consultaron

guías clínicas nacionales e internacionales. La búsqueda se limitó a artículos publicados en los últimos 17 años. Se incluyeron 4 artículos anteriores, ya que indican desde cuándo y por qué surgen los primeros movimientos que promueven las casas de nacimientos.

Las palabras clave utilizadas fueron las siguientes: «casas de parto» y «casas de nacimiento» en español, «birth centres» y «midwifery led units» en inglés, y «maison de naissances» en francés, con los operadores booleanos AND y OR.

Se seleccionaron artículos que estudiaban los siguientes contenidos: lugares de nacimiento alternativos al hospital, evolución histórica del lugar de nacimiento y casas de parto (ventajas del nacimiento en estas casas con respecto a otros lugares).

Los idiomas de los documentos seleccionados fueron el castellano, el inglés, el francés y el alemán.

La información obtenida de estos estudios nos ha permitido organizar los resultados en tres apartados principales, que desarrollamos a continuación.

RESULTADOS

Contexto histórico del lugar de nacimiento

Hasta la década de 1960, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar que tenía lugar en el hogar. Entonces las cifras de mortalidad neonatal en España eran de 21,2/1.000 recién nacidos vivos¹⁴ y la mortalidad materna de 30,1/100.000 recién nacidos vivos¹⁵. En un intento por disminuir estos porcentajes, se institucionalizó el parto, lo que condujo a una mejora sustancial de las tasas, alcanzando en 1990 unas cifras de mortalidad neonatal y materna de 8/1.000 recién nacidos vivos y 6/100.000 recién nacidos vivos, respectivamente^{14,15}. Desde entonces hasta hoy, casi 3 décadas después, las cifras no han variado mucho, contabilizándose unas tasas de 2/1.000 recién nacidos vivos de mortalidad neonatal y de 5/100.000 recién nacidos vivos de mortalidad materna¹⁴. Sin embargo, hubo un cambio espectacular en la asistencia al parto: se desnaturalizó el proceso, se produjo la separación de madres e hijos y el entorno se volvió más despersonalizado. En una estructura paternalista y jerárquica de los cuidados, las mujeres perdieron la capacidad de decisión, y se las trató como a enfermas que necesitan fármacos e intervenciones para poder parir, independientemente de su riesgo obstétrico^{16,17}. Este modelo de atención al parto ha influido negativamente en las experiencias de las mujeres y en su bienestar emocional^{18,19}, lo que ha repercutido directamente en el progreso del parto. El intervencionismo, que inicialmente mejoró las cifras de mortalidad para madres e hijos, se convirtió en un objeto de preocupación por parte de las instituciones sa-

nitarias, ya que derivó en un incremento progresivo y abusivo de cesáreas, aumentando el riesgo de morbilidad materna (hasta 6 veces más que en un parto normal) y neonatal². En España actualmente la tasa de cesáreas ha alcanzado un 25%²⁰, cifra muy por encima del 10-15% recomendado por la OMS¹.

Este modelo de atención hospitalaria al nacimiento se ha mantenido durante décadas²¹. En la década de 1960, en Estados Unidos comenzaron los primeros movimientos de reacción a la medicalización del parto. Se estaban empezando a cuestionar los beneficios de este modelo para las parturientas sanas, y se abogó por una vuelta al parto natural.

La OMS, en 1985, se posicionó ante esta situación, argumentando que el parto es un proceso natural y fisiológico en el que sólo se debe intervenir si es necesario, y no de forma sistemática e indiscriminada como se venía haciendo. Además, lanzó las primeras recomendaciones sobre el lugar de nacimiento, el personal que atiende el parto y el derecho de la mujer a decidir¹.

En la década de 1990, el movimiento de creación de casas de nacimientos comenzó a extenderse por todo el mundo (Suiza, Alemania, países escandinavos, Reino Unido, Canadá...), dando respuesta a una creciente demanda social y profesional. Esta demanda aumentó progresivamente, avalada por los estudios científicos, que demostraron que en las mujeres de bajo riesgo, el parto hospitalario aumentaba la probabilidad de intervenciones innecesarias (incluidas las cesáreas)^{8,22-24}. Como consecuencia de ello, se sugirió que era necesario distinguir entre embarazo o parto de bajo y alto riesgo.

Un antes y un después: el estudio Birthplace. Casas de nacimientos en el Reino Unido

En el Reino Unido se describieron por primera vez los efectos a largo y corto plazo de parir en una casa de nacimientos⁹. Compararon los resultados obstétricos entre unidades de matronas y unidades obstétricas, concluyendo que el cuidado que las mujeres recibían en las casas de nacimientos estaba asociado a un menor grado de intervencionismo (uso de oxitocina, inducción del parto, uso de analgesia epidural, episiotomías y cesáreas), mayor posibilidad de tener un parto espontáneo y mayor grado de satisfacción. Además, estas mujeres tenían más posibilidad de continuar con la lactancia materna a los 2 meses tras el parto.

Desde 1993, el Reino Unido ofrece a las mujeres de bajo riesgo alternativas distintas al hospital, y desde 2004 se promueve más activamente la creación de unidades dirigidas por matronas. En 2007 se planteó la necesidad de realizar un estudio sobre los beneficios y la

seguridad materna y neonatal de parir en los diferentes entornos para dar una fundamentación científica y actualizada a estas opciones²⁵. Tras varios años de investigación, los resultados fueron publicados en 2011 en el estudio Birthplace⁸. Se recogieron datos de 64.000 mujeres de bajo riesgo y de sus hijos. Participaron el 97% de los hospitales que ofrecían parto en el domicilio, con 17.000 mujeres, el 90% de las casas de parto con una participación de 28.000 mujeres, y 36 unidades obstétricas de toda Inglaterra con la participación de 20.000 mujeres.

El National Institute for Health and Clinical Care (NICE)²⁶, tras el análisis de estos resultados, lanzó sus primeras recomendaciones sobre las ventajas y los riesgos asociados al lugar de nacimiento para mujeres de bajo riesgo obstétrico. En este estudio se incluye, además, un análisis de coste-efectividad y satisfacción materna. Hay que destacar que las guías de práctica clínica del NICE son reconocidas en la comunidad sanitaria europea como las más prestigiosas, y sirven como base para las recomendaciones de cuidados y elaboración de guías de práctica clínica y protocolos que se desarrollan en muchos países. Concretamente, nuestra Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal²⁷ se basa fundamentalmente en la Guía NICE sobre atención al parto en mujeres sanas.

Se analizaron 4 entornos: PD, parto en unidad de matronas independientes de hospitales (UMI), parto en unidades de matronas en hospitales (UMH) y partos en unidades de obstetricia (UO). Las principales diferencias entre estos entornos están relacionadas con el profesional responsable (matrona u obstetra) y la ubicación del centro (dentro o no de un hospital) (figura 1).

El concepto de casas de nacimientos es el mismo que el descrito anteriormente y, en este caso, las UO tienen el mismo concepto que en España: equipos multidisciplinares en que matronas y obstetras trabajan conjuntamente. Las matronas proveen cuidados a mujeres de alto y bajo riesgo, aunque en el Reino Unido ellas tienen una responsabilidad directa sobre las mujeres de bajo riesgo, mientras que la responsabilidad directa sobre las de alto riesgo es de los obstetras. Finalmente, también existe el PD, cuya responsabilidad recae directamente sobre la matrona²⁶.

Las variables maternas que se analizaron fueron las siguientes: desgarros perineales severos (grados 3 y 4), necesidad de transfusión sanguínea, intervenciones obstétricas (cesárea o parto instrumentado), parto espontáneo sin intervención y si la madre dio el pecho al menos 1 vez. Las variables neonatales analizadas fueron las siguientes: muerte fetal intraparto, muerte neonatal, encefalopatía isquémica, síndrome de aspiración meconial y

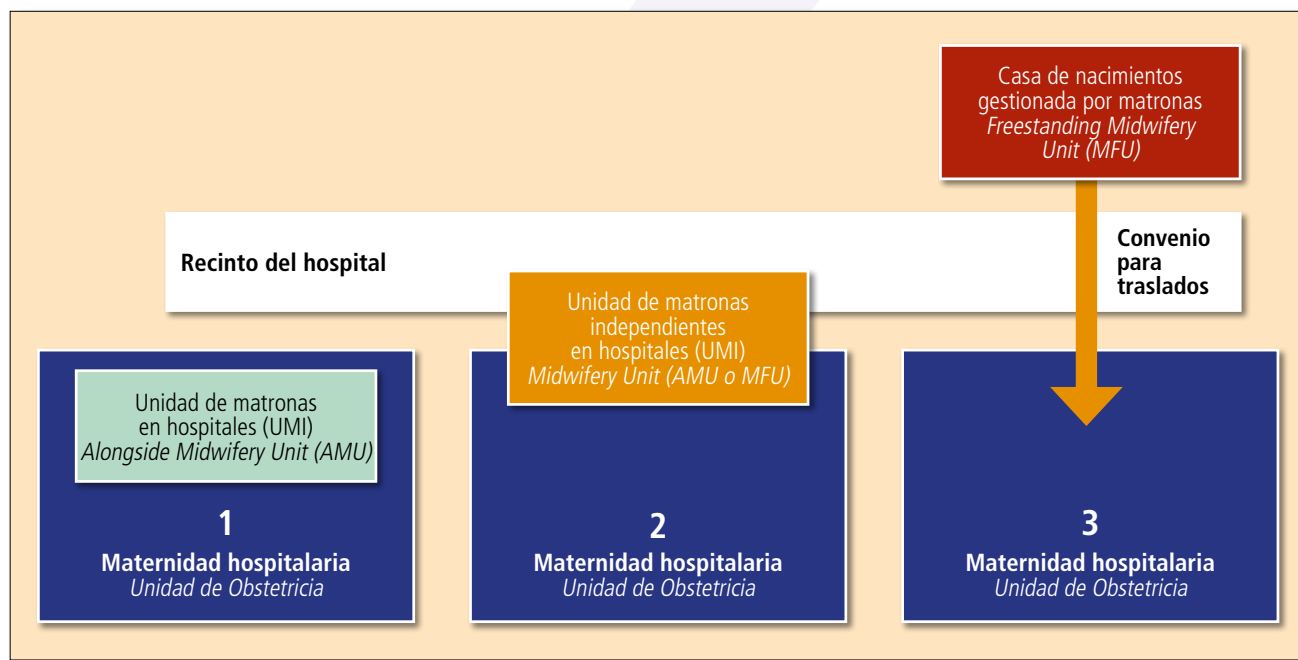


Figura 1. Esquema de tipología de unidad de parto/casa de parto. (Imagen cedida por M. Parra y A. Müller a los autores)

daños físicos relacionados con el parto, como parálisis del plexo braquial y fracturas óseas²⁶.

El NICE²⁶ analizó tanto los resultados del estudio Birthplace como otros relacionados con la materia, que también aportan datos específicos según el entorno donde tenía lugar el nacimiento, llegando a las siguientes conclusiones:

Partos en las unidades de matronas en hospital frente a partos en unidades obstétricas

En esta revisión se incluyeron 13 estudios²⁶. En cuanto al modo de nacimiento, los autores encontraron una mayor tasa de partos espontáneos y una menor tasa de partos instrumentados y cesáreas en los nacimientos en UMH comparado con las UO. En términos de morbilidad materna, no encontraron diferencias en cuanto a pérdida de sangre, hemorragia posparto o necesidad de transfusiones sanguíneas. En cuanto al resultado perineal, notaron que la tasa de episiotomías era menor en las UMH que en las UO, aunque la tasa de desgarros perineales era mayor (sin diferencias significativas respecto a los desgarros de tercer y cuarto grados entre los dos entornos).

En el análisis de costes, se concluyó que es más coste-efectivo el parto de las mujeres de bajo riesgo en UMH, debido a la menor tasa de intervenciones, con el mismo resultado materno y neonatal. Sin embargo, apuntaron que estas UMH, por su naturaleza, no pueden existir independientemente, sino que necesitan una UO asociada, por lo que se le debe añadir el coste de mantener ésta. Para que sean coste-efectivas, se sugiere que se de-

be hacer una reorganización del sistema movilizándolo a más matronas desde las UO a las UMH, y sólo atender a mujeres de alto riesgo en las UO.

Parto en las unidades de matronas independientes frente a unidades de matronas en hospital²⁶

Se consensuó que parir en una UMI para mujeres de bajo riesgo demuestra un beneficio universal, debido a que presentaban una mayor tasa de partos vaginales espontáneos y una menor tasa de partos instrumentales, cesáreas, transfusiones sanguíneas, traslados a las UO, episiotomías y desgarros perineales de tercer y cuarto grados, comparado con las tasas obtenidas en las UMH²⁶. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a los resultados perinatales adversos.

El grupo que desarrolló la guía, tras analizar los costes, concluyó que debido a la menor tasa de intervenciones en las UMI, ésta es una opción más coste-efectiva que parir en las UMH.

Partos en las unidades de matronas independientes frente a unidades obstétricas

En esta revisión se incluyeron 8 estudios²⁶. Se consideró que con respecto al modo de parto, era más probable tener un parto espontáneo y menos probable un parto instrumentado o cesárea en las mujeres de bajo riesgo que parían en una UMI, comparadas con las que parían en una UO. Los autores encontraron que las transfusiones de sangre eran más comunes en las mujeres que parían en UO (probablemente relacionado con la mayor

Tabla 1. Tasa de partos vaginales espontáneos, traslado a UO e intervenciones obstétricas para cada lugar de nacimiento: mujeres múltiparas de bajo riesgo

	Número de incidencias por cada 1.000 mujeres múltiparas de bajo riesgo			
	PD	UMI	UMH	UO
Parto vaginal espontáneo	984 ^a	980	967	927 ^a
Traslado a UO	115 ^a	94	125	10 ^b
Anestesia regional (epidural y/o raquídea) ^c	28 ^a	40	60	121 ^a
Episiotomía	15 ^a	23	35	56 ^a
Cesárea	7 ^a	8	10	35 ^a
Parto instrumentado (ventosa o fórceps)	9 ^a	12	23	38 ^a
Transfusión sanguínea	4	4	5	8

^aDatos de los estudios Birthplace⁸ y de Blix et al.²⁸ (todos los demás datos son de Birthplace⁸).

^bTasa de traslado estimada desde otra UO debido a falta de capacidad o de experiencia.

^cBlix et al. aportaron datos de analgesia epidural y el estudio Birthplace de analgesia raquídea o epidural.

Tomada de Blix et al.²⁸.

PD: parto domiciliario; UMH: unidades de matronas integradas en hospitales; UMI: unidades de matronas independientes; UO: unidades obstétricas.

Tabla 2. Resultados neonatales para cada entorno de parto: mujeres múltiparas de bajo riesgo

	Número de bebés por cada 1.000 nacimientos			
	PD	UMI	UMH	UO
Bebés sin problemas clínicos graves	997	997	998	997
Bebés con problemas clínicos graves*	3	3	2	3

*En el estudio se combinaron problemas clínicos graves. La encefalopatía neonatal y el síndrome de aspiración meconial fueron los eventos adversos más comunes (un 75% del total). La muerte intrauterina después del comienzo del cuidado de parto y la muerte neonatal en la primera semana de vida supusieron un 13% de los eventos. La fractura de húmero y clavícula fue poco común (menos del 4% de los eventos adversos).

Tomada del estudio Birthplace⁸.

PD: parto domiciliario; UMH: unidades de matronas integradas en hospitales; UMI: unidades de matronas independientes; UO: unidades obstétricas.

tasa de partos instrumentados y cesáreas). Con respecto al resultado perineal, concluyeron que la tasa media de traumas vaginales y perineales fue mayor en las mujeres que parían en UO. Por último, en el resultado neonatal no encontraron diferencias significativas entre los dos entornos.

En el análisis de costes se concluyó que, debido a la menor tasa de intervenciones en las UMI, resultaba ser más coste-beneficioso parir en éstas que en una UO, incluso si se incluían los costes añadidos por traslados. Además, añadieron que todavía resultaría más coste-efectivo si las UMI siguieran un modelo que respondiera a la demanda, es decir, que estuvieran abiertas sólo cuando hubiera mujeres de parto.

En cuanto al análisis de experiencias maternas sobre el lugar de nacimiento, se incluyeron 7 estudios en total²⁶. Se estudiaron específicamente 6 variables en los diferentes entornos del parto: satisfacción materna, ansiedad, necesidades psicológicas, control y toma de decisiones, elección y apoyo por parte del profesional. Tras la comparación de estas variables, se concluye que las mujeres

se sintieron más satisfechas, más escuchadas, con más control y participación en la toma de decisiones y más apoyadas por los profesionales que las atendían en las UMI, seguidas por las UMH.

De los resultados generales obtenidos en mujeres múltiparas de bajo riesgo, descritos en las tablas 1 y 2^{8,28}, se extraen las siguientes conclusiones:

- Parir en casa o en una UMI se asocia a una mayor tasa de partos vaginales espontáneos que parir en una UMH y, a su vez, estos tres entornos están asociados a una tasa más elevada de partos vaginales espontáneos que parir en una UO.
- Parir en una UO se asocia a una mayor tasa de intervenciones (parto instrumentado, cesárea o episiotomía) comparado con parir en los otros entornos.
- No hay diferencia en cuanto a los resultados neonatales asociados al lugar de nacimiento.

De los resultados generales obtenidos en mujeres nulíparas de bajo riesgo, descritos en las tablas 3 y 4^{8,28}, se extraen las siguientes conclusiones:

Tabla 3. Tasa de partos vaginales espontáneos, traslados a una UO e intervenciones obstétricas para cada lugar de nacimiento: mujeres nulíparas de bajo riesgo

	Número de incidencias por cada 1.000 mujeres nulíparas de bajo riesgo			
	PD	UMI	UMH	UO
Parto vaginal espontáneo	794 ^a	813	765	688 ^a
Traslado a UO	450 ^a	363	402	10 ^b
Analgesia regional (epidural y/o raquídea) ^c	218 ^a	200	240	349 ^a
Episiotomía	165 ^a	165	216	242 ^a
Cesárea	80 ^a	69	76	121 ^a
Parto instrumentado (fórceps o ventosa)	126 ^a	118	159	191 ^a
Transfusión sanguínea	12	8	11	16

^aDatos de los estudios Birthplace⁸ y de Blix et al.²⁸ (todos los demás datos son del estudio Birthplace⁸).

^bTasa de traslados estimados a una UO de otra UO diferente debido a la falta de capacidad o de experiencia.

^cBlix et al. describieron la analgesia epidural y el estudio Birthplace la analgesia raquídea o epidural.

Tomada de Blix et al.²⁸.

PD: parto domiciliario; UMH: unidades de matronas integradas en hospitales; UMI: unidades de matronas independientes; UO: unidades obstétricas.

Tabla 4. Resultados neonatales para cada entorno de parto: mujeres nulíparas de bajo riesgo

	Número de bebés por cada 1.000 nacimientos			
	PD	UMI	UMH	UO
Bebés sin problemas clínicos graves	991	995	995	995
Bebés con problemas clínicos graves*	9	5	5	5

*En el estudio se combinaron problemas clínicos graves. La encefalopatía neonatal y el síndrome de aspiración meconial fueron los eventos adversos más comunes (un 75% del total). La muerte intrauterina después del comienzo del cuidado de parto y la muerte neonatal en la primera semana de vida supusieron un 13% de los eventos. La fractura de húmero y clavícula fue poco común (menos del 4% de los eventos adversos).

Tomada del estudio Birthplace⁸.

PD: parto domiciliario; UMH: unidades de matronas integradas en hospitales; UMI: unidades de matronas independientes; UO: unidades obstétricas.

- Parir en casa o en una UMI se asocia a una mayor tasa de partos vaginales espontáneos que parir en una UMH, y estos tres entornos están asociados a una mayor tasa de partos vaginales espontáneos que parir en una UO.
- Parir en una UO se asocia a una tasa más elevada de intervenciones comparado con parir en los otros entornos.
- No hay diferencia en los resultados neonatales asociados con parir en una UMH, una UMI o una UO.
- Parir en casa se asocia a un incremento de riesgo de problemas médicos graves para el neonato, comparado con parir en otro entorno (sobre 4 casos más por cada 1.000 nacimientos).

Casas de partos en otros países y situación actual en España

En Canadá, hasta hace una década el parto ha tenido una atención medicalizada. En los últimos años se está replanteando el modelo de cuidados en el nacimiento, y actualmente se están tomando ciertas medidas, tanto políticas como sociales, como una mayor integración

de matronas en atención primaria, partos domiciliarios y creación de una veintena de casas de partos²⁹.

En Estados Unidos hay 37 estados que conceden licencias para abrir casas de nacimientos³⁰ y en la actualidad existen hasta 340 casas independientes. En los últimos 10 años su número se ha incrementado en un 75%³¹.

En Europa, el movimiento se implantó en Suiza, en 1984; luego en Alemania, en 1985; posteriormente se extendió a Austria, Bélgica, Suecia, Reino Unido, y más recientemente a Francia. En 1993, se creó la red europea de casas de nacimientos.

Holanda es el país donde se dan más nacimientos extrahospitalarios de toda Europa. Actualmente, el 20% de las mujeres paren en su domicilio³², cifra que ha disminuido en los últimos años, habiendo llegado históricamente a un 30%. Aquí las casas de partos están menos extendidas debido a la promoción desde las propias instituciones públicas de los partos domiciliarios. Aunque todos los hospitales cuentan con un área de atención a mujeres de bajo riesgo, con la reciente disminución de partos domiciliarios se ha puesto en marcha la tipología de la casa de parto integrada.

En Alemania, la QUAG (Sociedad para la Calidad en la Atención al Parto y Nacimiento Extrahospitalario) publicó su primer informe en el año 2005 basado en los resultados del German Out-Of-Hospital Birth Study 2000-2004³³. En él se presentaron los datos generales de 10.000 partos extrahospitalarios. Los buenos resultados obstétricos y neonatales llevaron al gobierno a hacer importantes cambios para facilitar el acceso a las mujeres a dar a luz en la red nacional de casas de parto.

En Francia, la atención al parto ha sido tradicionalmente medicalizada y en hospitales. Desde 2005, con la elaboración del plan de perinatalidad francés (2005-2007), la implementación de casas de nacimientos pasó a ser una de sus prioridades. En 2015 aparecen las primeras casas de nacimientos, que se inscriben dentro de la red de salud pública, estableciendo convenios de colaboración con un hospital de referencia y fijándose sus condiciones de funcionamiento³⁴.

En España, el sistema de atención al nacimiento continúa siendo institucionalizado y medicalizado. Hace una década que el Ministerio de Sanidad y Política Social puso en marcha la estrategia de atención al parto normal. Se trataba de implementar prácticas centradas en la fisiología del parto y de aumentar la participación de las mujeres, con la intención de abandonar intervenciones sistemáticas sin fundamentación científica³⁵. Aunque existe un proceso de concienciación y de cambio, éste avanza lentamente y el nivel de intervencionismo sigue siendo elevado².

Nuestro marco legal contempla la integración de nuevos espacios para el nacimiento, y es avanzado en materia de autonomía de pacientes y en política de igualdad de género. Se reconoce de manera explícita el derecho a decidir de las mujeres, el derecho a la intimidad, el derecho a un parto respetado, y a ser ella y su bebé los protagonistas de todo el proceso. Sin embargo, el hospital sigue siendo el único lugar destinado para el nacimiento con cobertura pública³.

La alternativa más popular al parto hospitalario es el PD, llevado de manera privada por matronas. La Asociación Nacer en Casa³⁶ estima unos 800 nacimientos anuales en el domicilio, cifra que ha ido creciendo en los últimos años como respuesta a la creciente demanda de las familias a una alternativa al parto hospitalario.

Actualmente, en España existen iniciativas pequeñas enfocadas a la creación de unidades de parto natural. Las primeras casas de partos independientes que se crearon, de tipo privado, las encontramos en Cataluña: Migjorn y Aura Naixement. También de forma privada, en el Hospital Nuevo Belén de Madrid se ha creado recientemente una unidad de parto natural integrada en el hospital.

En el ámbito público encontramos dos casas de partos asociadas al hospital: una en la Comunidad Valenciana y otra en Cataluña. El Hospital de Manises (de gestión privada) inauguró en junio de 2014 la primera casa de partos integrada en la red pública de hospitales, aunque realmente se trata de una sala destinada al cuidado de mujeres de bajo riesgo dentro del hospital. Desde su inauguración han sido ya más de 300 las madres que han pasado por esta casa de partos, y la demanda ha aumentado del 4,2% en ese mismo año a un 6,5% en 2016. El Hospital Sant Joan de Déu de Martorell inauguró en diciembre de 2017 una casa de partos gestionada por matronas. Se trata del primer hospital público catalán que cuenta con un espacio de estas características. La previsión es atender a unas 100 mujeres al año. Este proyecto se encuadra dentro de las directrices del Plan de Salud 2016-2020.

DISCUSIÓN

Toda la evidencia científica disponible^{8-12,26,29,32,33} induce a una reflexión sobre la mejor forma de organizar, gestionar y, por tanto, concebir estructural y funcionalmente la atención al parto de bajo riesgo².

Observando la evolución de las casas de partos en otros países³¹⁻³⁴ y la demanda social cada vez más creciente en nuestro entorno, su creación se convierte en una opción que merece tenerse en cuenta en nuestro contexto.

Actualmente los cuidados se están volviendo a centrar en la fisiología del parto^{27,35}, como consecuencia de los resultados poco satisfactorios que la institucionalización y el modelo paternalista de cuidados han producido en todo el mundo en las últimas décadas.

La evidencia científica reconoce que las casas de partos son seguras^{8,26,37} y, comparadas con los hospitales, más coste-efectivas^{11,12} y con mejores resultados obstétricos: mayor tasa de partos vaginales espontáneos y menor tasa de intervenciones (partos instrumentados, cesáreas, episiotomías, desgarros, transfusiones y traslados), tanto para mujeres nulíparas como multíparas de bajo riesgo. Estos resultados apoyan y promueven la creación y la expansión de estos centros como una opción más para mujeres de bajo riesgo obstétrico³⁷. El parto en casas de nacimientos ha demostrado ser más económico que en el hospital, por lo que su consideración es de suma importancia en la gestión y la provisión de servicios obstétricos¹². Según la experiencia de las mujeres, los resultados obtenidos en unidades de matronas son también más satisfactorios que los obtenidos en el entorno hospitalario. El cuidado medicalizado e intervencionista de los hospitales disminuye los niveles

de satisfacción materna^{3,38}. Las mujeres se sienten más escuchadas, con más control y participación en la toma de decisiones y más apoyadas por los profesionales que las atienden en unidades de matronas²⁶.

En concreto, las unidades de matronas independientes gozan de mejores resultados en todas las áreas comparadas con las UMH⁸.

Internacionalmente, ya se han dado pasos en muchos países para la creación de estas unidades, tanto privadas como públicas. En algunos países, como Francia, llevan más de 10 años trabajando en esta línea dentro del sistema sanitario público³⁴.

En España, 3 comunidades autónomas (Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid) están dando algunos pasos para la creación de unidades de matronas. Sólo Cataluña tiene este objetivo incluido en su plan de salud¹³. A pesar de la evidencia disponible, el sistema sanitario público sólo ofrece la opción de parto en UO; de momento no contempla la creación de casas de nacimientos, y las mujeres que optan por el PD deben pagar a una matrona independiente³.

CONCLUSIONES

La creación de casas de nacimientos es una necesidad innegable si queremos ofrecer la mejor atención al parto a las mujeres de bajo riesgo. Su existencia en el sistema público contribuiría además a una mejor gestión de los servicios. Las políticas sociales y de salud van en la línea de atención en unidades de matronas (derecho a la libre elección e intimidad, derecho a un parto respetado y a las buenas prácticas), pero aún no existen un compromiso ni un apoyo activo por parte de las instituciones sanitarias para su creación. Por tanto, de momento estas unidades quedarían relegadas en su gran mayoría a iniciativas privadas.

La creación de estas unidades es necesaria ante la indiscutible evidencia científica; asimismo, es necesario el reconocimiento de la autonomía profesional de las matronas como personal más cualificado en la atención al parto de bajo riesgo, y del derecho a la elección libre e informada de las mujeres embarazadas y sus parejas a decidir en qué entorno desean que tenga lugar el parto. Igualmente, es imprescindible diferenciar de forma inequívoca a las mujeres de bajo riesgo de las de alto riesgo obstétrico. Por otro lado, es necesario garantizar que tanto el ejercicio de las matronas como su formación estén alejados del modelo biomédico tradicional, utilizando todos los recursos que fomentan la fisiología del parto.

Por último, son necesarias la educación y la información a la población general para dar a conocer los beneficios y riesgos de parir en un entorno u otro.

Pero nada de esto es posible en el sistema público sin un apoyo y un compromiso activo de las autoridades sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Ángela Müller y a Marta Parra, de Arquitectura de Maternidades, que hayan cedido para este artículo la imagen del esquema de tipología de unidad de parto/casa de partos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*. 1985; 2: 436-7.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
3. León-Larios F, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castro-Cardona F, Escuriet R. Challenging the status quo: women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. *Midwifery*. 2019; 70: 15-21.
4. Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing midwife-led birth centres: a structured review. *Birth*. 2004; 31(3): 222-9.
5. Wagner M. Pursuing the birth machine. *Midwifery Today and Childbirth Education*. 1996; 37: 33-4, 51.
6. Garrod D, Byrom S. The midwifery public health agenda: setting the scene. En: Edwards G, Byrom S, eds. *Essential midwifery practice: public health*. Oxford: Blackwell, 2007; 1-26.
7. Dodwell M, Gibson R. National Childbirth Trust (NCT). An investigation into choice of place of birth. Londres: NCT, 2009.
8. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. 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 National Prospective Cohort Study. *BMJ*. 2011; 343: d4700.
9. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 9: CD000012.
10. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 7: CD000352.
11. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. Cost effectiveness of alternative planned place of birth in women at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England National Prospective Cohort Study. *BMJ*. 2012; 344: e2292.
12. Schroeder L, Patel N, Keeler M, Rocca-Ihenacho L, Macfarlane A. The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: a comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. *Midwifery*. 2017; 45: 28-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.006>
13. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salut, 2016.
14. The World Bank Group. Neonatal Mortality Rates [base de datos en internet]. Washington: World Bank Group, 2018 [consultado el 25 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.data.worldbank.org>
15. Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad materna [base de datos en internet]. Madrid: INE, 2018 [consultado el 25 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es>
16. Lock LR, Gibb HJ. The power of place. *Midwifery*. 2003; 19(2): 132-9.
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of electronic fetal monitoring. The use of interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Londres: RCO, 2001.

18. Green JM, Coupland VA, Kitzinger, S. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*. 1990; 17(1): 15-24.
19. Simkin P. Just another day in a woman's life? (II). Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*. 1992; 19(2): 64-81.
20. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y cifras de España. Madrid: Ministerio de Sanidad de Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf
21. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75: 25-37.
22. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009; 36(3): 180-9.
23. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ*. 2002; 166(3): 315-23.
24. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009; 181(6-7): 377-83.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). How to change practice. Understand identify and overcome the barriers to change. Londres: NICE, 2007. Disponible en: <https://www.nice.org.uk>
26. National Institute for Health and Clinical Care (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Londres: NICE, 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
27. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
28. Blix E, Huitfeldt AS, 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 cohort study. *Sex Reprod Health*. 2012; 3: 147-53.
29. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016; 188(5): 80-90.
30. Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing midwife-led birth centres: a structured review. *Birth*. 2004; 31(3): 222-9.
31. American Association of Birth Centers [consultado el 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.birthcenters.org>
32. Bolten N, De Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart J, et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 329.
33. Loytyed C, Wenzlaff P. German Out-Of-Hospital Birth Study 2000-2004. Hannover: Huber, 2007. Disponible en: <http://www.quag.de/>
34. Haute Autorité de Santé. Cahier de charges de l'expérimentation des maisons de naissance, 2014. Disponible en: <http://www.has-sante.fr>
35. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
36. Asociación Nacer en Casa [consultado el 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://nacerencasa>
37. Scarf V, Rossiter C, Vedam S, Dahlem HG. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018; 62: 240-55.
38. Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1): 59. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>