

Parto natural

Jordi Bigas
Periodista

NATURAL BIRTH. BIGAS J.

Key words: Hand book. Intentions. Declarations. Recommendations. Capacitation. Investigation. Costs. National Health.

English abstract: The percentage of home births in Spain, although low, is showing important changes in the last two decades of the 20th century thanks to the strength and conviction of the men and women of our planet. This report presents the testimonies of families who want to change this uniformed Spain and they offer references that can help to leave behind the solitude of decision making.

Palabras clave: Manual.Voluntades.Declaración. Recomendaciones. Capacitación. Investigación. Costos.Seguridad Social.

Resumen: El porcentaje de nacimientos en casa en España, aunque bajo, está mostrando modificaciones importantes en las dos últimas décadas del siglo XX, gracias a la fuerza y al convencimiento de las mujeres y de los hombres del planeta. En este informe se presentan los testimonios de familias que quieren cambiar esta España uniformada y se ofrecen referencias que puedan ayudar a salir de la soledad de la decisión.

El objetivo de este Manual para parir en casa es conseguir que este derecho y opción sea reconocido y restituido como prestación de la seguridad social.

En principio se supone que la mujer embarazada, cuya voluntad es parir en el hogar, cuenta con el apoyo y los servicios de profesionales que prestan este servicio.

De hecho, en los propios colegios profesionales de enfermería aún existen los honorarios de las comadronas derivados de este tipo de atenciones.

La experiencia del proceso de Marta Solanich (Ver documento 3) nos ha hecho descubrir pequeños detalles que incluimos en este manual.

¿Qué es imprescindible?

- Querer parir en casa, en el hogar, en nuestro domicilio.

- Disponer de la información precisa y un hogar en condiciones.
- Hacer llegar esta petición con claridad y amabilidad. (Ver documento 1).
- Estar dispuesta a mantener una entrevista sobre el tema.
- Crear un entorno de apoyo. Jurídico, mediático, afectivo y efectivo.

Como podrás leer en el formulario adjunto, la argumentación es la siguiente:

Primero. No soy una enferma, soy una usuaria y quiero que el parto transcurra en mi domicilio.

Segundo. Explico cómo quiero que transcurra mi parto, sea quien sea el que lo atienda.

Tercero. En caso de que los servicios públicos no contesten positivamente a mis requerimientos, con el apoyo de

la Declaración de la OMS (Ver documento adjunto), me veo obligada a recurrir a servicios privados.

Cuarto. Todo esto figura en un expediente, necesario para poder iniciar la demanda posterior al parto, de pago de los costes y, por tanto, deberé disponer de una factura del importe de estas atenciones. Sin factura no puede haber demanda. Sin registro escrito de petición, tampoco. A estas cautelas imprescindibles, habrá que añadir una llamada el día del parto a la institución notificando el estado para, en el caso de negativa a la atención domiciliaria, podamos incluir en la demanda la desatención que hemos sufrido. Naturalmente, la comadrona desaconsejará el traslado de la embarazada.

Después de llegar hasta aquí, te reseñamos lo que debes leer, antes de adoptar una decisión y una estrategia personal:

1. Formulario. Es una propuesta adaptable a tu estilo y voluntad. (Doc.1)

Correspondencia:
consellverd@teleline.es

2. Declaración de Fortaleza de la OMS, que apoya un parto más natural (Doc.2).
3. El caso de Marta Solanich, para que sepas lo que te espera (Doc 3).
4. Artículo, parir cómo y dónde de Jordi Bigues aparecido en Integral y actualizado. Incluye directorio y bibliografía. (Doc. 4).

Esta es mi voluntad. Así deseo que transcurra mi parto (Doc.1)

Instancia destinada al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma

El primer párrafo debe incluir, siguiendo este orden, los siguientes datos identificativos: nombre y apellidos, vecina de (población), con domicilio en (Calle, número, piso, código postal, población y número de teléfono) y Documento Nacional de Identidad (número y letra), como beneficiaria/titular (según proceda), ante el Servicio de (nombre concreto del servicio de salud de la comunidad autónoma). Deberán entregarse tres copias para ser selladas en el registro de entrada.

Comparezco y como mejor proceda en derecho

Digo

Que estando embarazada, es mi intención dar a luz en mi hogar y domicilio

Que teniendo conocimiento de las condiciones en que actualmente se desarrolla la atención y cobertura sanitaria del parto en los centros dependientes de este organismo al que me dirijo, y siendo estas diferentes a las que propugnan medios sanitarios internacionales, acordes con mi propia opinión, **quiero dejar expresa constancia de las condiciones en que deseo que sea atendido mi parto, en circunstancias no patológicas, para que se adopten las medidas necesarias. Las condiciones son las siguientes:**

1. **Deseo que no me consi-
deren una enferma y que
sin mi consentimiento
expreso me rasuren el
pubis o me administren
un enema (lavativa).**
2. **Quiero que se facilite mi
participación activa, como
protagonista de mi
parto mediante:**
 - **El respeto de la posición
que elija para parir, sin
que me impongan postu-
ras determinadas duran-
te la dilatación o en la
expulsión**
 - **El respeto del tiempo
que necesito para parir,
incluido si preciso una
pausa entre la dilatación
y la expulsión, sin que
me practiquen, sin razón
o por rutina, acto alguno
tendente a retardar o
acelerar el parto: gotero
de oxitocina, ruptura de
membranas...**
 - **Que no me administren
anestésicos o analgési-
cos, si no es necesario**
 - **Que no me practiquen la
episiotomía (corte del
periné), si no es neces-
aria**
3. **En cuanto al ambiente
durante el parto, consi-
dero necesario que la luz
de la habitación, así como
las características
auditivas y técnicas, sean
tenues y sin estridencias.**
4. **Respecto al nacimiento,
quiero que:**
 - **El bebé esté en mis bra-
zos inmediatamente des-
pués de nacer**
 - **No le corten el cordón
umbilical hasta que éste
no deje de latir**
 - **No practiquen las tradi-
cionales manipulaciones
que se efectúan a los
bebés tendentes a accele-
rar el inicio de la respira-
ción mediante aspiración
de las mucosas y otros**
 - **Dar el pecho al bebé sin
horarios ni restricciones
desde su primera hora de
vida**

- **Mantener a mi lado al
bebé y a mi pareja**

5. **En cuanto a la participa-
ción y presencia de mi
familia deseo:**

- **Estar acompañada por
una persona de mi con-
fianza durante el trabajo
de parto, el parto y el pe-
riodo inmediatamente
posterior**

- **La presencia de mi pare-
ja en el parto**

Estas exigencias no son sólo el resultado de mis propias convicciones sobre las condiciones en que debe desarrollarse mi parto, sino que están avaladas por una amplia experiencia europea en esta materia, recogida en diferentes legislaciones de estados similares al nuestro como Francia (Decreto Ministerial Número 83-24, de 1 de agosto de 1983) e Italia (Ley del Consejo de Lazio de 14 de marzo de 1984, sobre Nuevos Derechos de la mujer y el recién nacido).

En el ámbito internacional, todas estas condiciones han sido reconocidas y difundidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las 21 recomendaciones de la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil), celebrada en abril de 1985, que parte del principio de que toda mujer tiene el derecho fundamental de beneficiarse de los cuidados prenatales adecuados y que la mujer tiene un papel esencial a jugar en todo lo que concierne a estos cuidados, como un miembro activo que participa de su planificación, su preparación y su evaluación.

Dichas recomendaciones y derechos han sido recogidos también en la Carta de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, en el Decreto 175/1989 de 18 de julio, del Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco y por los Derechos de los padres y los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en el decreto 101/1995, de 18 de abril.

Por lo expuesto, basándome en los fundamentos legales precedentes y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 70 y concordantes de la vigente Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo común, y con expresa reserva de las acciones que pudieran corresponderme para exigir el reintegro de los gastos causados, sea por vía ordinaria o sea por vía de la reclamación correspondiente derivada de la responsabilidad patrimonial de la administración,

Solicito,

Al Servicio de Salud de... que teniendo por presentado este escrito, se sirva admitirlo y, en su virtud, atendiendo al contenido del mismo, **ordene la adopción de las medidas oportunas para que mi parto se lleve a cabo, en las condiciones expuestas, en mi domicilio.**

Esta instancia, destinada al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, debe encabezarse con todos los datos personales de la interesada y adaptado a conveniencia. Al final hay que firmarla y poner lugar y la fecha. Deberán entregarse tres copias para ser selladas en el registro de entrada. Una copia de la misma, si se desea un apoyo de seguimiento, debe mandarse a la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento. En su web puedes disponer de la versión íntegra en castellano, catalán, euskera y gallego. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento. Carrer Santa Pau 59, 1º. 08016 Barcelona. Teléfono y Fax. 93 340 70 43. E-mail: pdn@pangea.org y la Web: www.pangea.org/pdn

Declaración de Fortaleza (Doc. 2)

En abril de 1985, la oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la oficina regional de la OMS para las Américas celebraron una conferencia sobre tecnologías adecuadas para el

parto. A esta conferencia, realizada en Fortaleza (Brasil), asistieron más de una cincuenta de comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, trabajadores sanitarios y madres. Una minuciosa revisión de los conocimientos sobre técnicas para el parto condujo a los participantes a adoptar por unanimidad las siguientes recomendaciones. La OMS considera que estas recomendaciones son relevantes para la atención perinatal en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y tiene un papel central en todos los aspectos de esa atención, incluyendo su participación en la planificación, desarrollo y evaluación de esa atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para establecer cuáles son los cuidados perinatales más adecuados. El parto es un proceso natural y normal, pero aun los "embarazos sin riesgos" pueden presentar complicaciones. A veces es necesario intervenir para lograr los mejores resultados. Para que las siguientes recomendaciones sean viables es necesaria una profunda transformación en las estructuras de los servicios de atención sanitaria, junto con un cambio de actitudes por parte del personal especializado y una redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

Los ministerios de salud pública deberían establecer políticas específicas respecto a la aplicación de tecnologías adecuadas para el parto, tanto en la atención pública como en la privada.

Los países deberían llevar a cabo estudios conjuntos para evaluar dichas tecnologías.

Toda la comunidad debería estar informada sobre las diversas posibilidades de atención al parto, de modo que cada mujer pueda escoger la modalidad que más prefiera.

Se debe fomentar que la madre y su familia pongan en

práctica métodos de autoatención en el período perinatal y que comprendan cuándo y qué ayuda es necesaria para mejorar las condiciones durante el embarazo, en el parto y a posteriori.

Los grupos de ayuda mutua entre mujeres proporcionan un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

El personal sanitario debe procurar adoptar actitudes coherentes que aseguren una continuidad en el seguimiento del parto y el equipo perinatal debería compartir una misma filosofía de trabajo, para evitar que cualquier cambio de personal perjudique la continuidad de la atención.

Los equipos informales de atención perinatal (incluyendo a las comadronas tradicionales) deben coexistir con los sistemas oficiales, propiciando un enfoque cooperativo en beneficio de la madre. Dichas relaciones, cuando se establecen paralelamente, suelen ser de suma efectividad.

La capacitación profesional ha de transmitir los nuevos conceptos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

El equipo perinatal debería estar capacitado para tener en cuenta las relaciones entre la madre, el niño y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben ser analizados sistemáticamente.

La capacitación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación que favorezcan el intercambio de información entre los miembros del equipo sanitario y la embarazada y su familia.

Se debe fomentar la capacitación de comadronas profesionales. La atención durante el embarazo normal, el parto y el postparto han de ser la responsabilidad de esta profesión.

El asesoramiento tecnológico debería incluir a todos aquellos que hacen uso de esa

tecnología: epidemiólogos, asistentes sociales, autoridades sanitarias y las mujeres usuarias de tales tecnologías.

La información sobre prácticas de parto en diversos hospitales, como por ejemplo el porcentaje de cesáreas, deberían estar a disposición del público.

Se deben realizar investigaciones sobre la estructura y el personal de los equipos de atención al parto, a escala regional, nacional e internacional; el propósito de tal investigación sería maximizar el acceso a la atención primaria adecuada, incrementando la proporción de partos normales y, al mismo tiempo, la salud perinatal, la efectividad en los costes y la satisfacción de las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

El bienestar de la futura madre debe asegurarse permitiendo el libre acceso de un miembro escogido de su familia durante el parto y el período postnatal. Además, el personal sanitario ha de proporcionar apoyo emocional.

Las mujeres que den a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre la vestimenta (la propia y la de su bebé), la alimentación, el destino de la placenta y otras prácticas culturalmente significativas.

El recién nacido saludable debe poder permanecer con su madre todo lo que sea posible. La observación del recién nacido saludable no justifica la separación de su madre.

Debe favorecerse la lactancia inmediata, aun antes que la madre abandone la sala de parto.

Los países con las tasas más bajas de mortalidad perinatal en el mundo no superan el promedio de diez por ciento de cesáreas. No hay justificación para que en ciertas regiones las cesáreas superen el 10-15%.

No hay ninguna evidencia que justifique que después de un parto mediante cesárea todos los demás partos han de realizarse mediante este método. Aun en casos de anteriores cesáreas se debe propiciar el parto vaginal, siempre y cuando se disponga de equipo para emergencias quirúrgicas.

La ligadura de trompas no justifica la realización de una cesárea. Hay métodos más simples y seguros para conseguir la esterilización.

No hay evidencias de que el seguimiento rutinario del feto tenga efectos positivos sobre el resultado del embarazo. El seguimiento fetal electrónico debería efectuarse sólo en casos vinculados a altos niveles de mortalidad perinatal y cuando el parto sea inducido. La selección de las mujeres que requieran seguimiento fetal debe justificarse científicamente. Mientras tanto, las autoridades sanitarias nacionales habrían de abstenerse de adquirir nuevos equipos.

Se recomienda que el seguimiento del ritmo cardíaco del feto se realice mediante auscultación durante las primeras etapas del parto y con mayor frecuencia durante la expulsión.

No hay justificación para el afeitado del vello púbico ni para la aplicación de enemas antes del parto.

No se recomienda que la mujer embarazada sea puesta en posición dorsal litotómica durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Se ha de inducir a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe poder decidir libremente qué postura adoptar durante el alumbramiento.

Debe protegerse el periné todo lo que sea posible. No se justifica el uso sistemático de la episiotomía.

El parto inducido debe reservarse para situaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener tasas de partos inducidos superiores al diez por ciento.

Se debe evitar, durante el alumbramiento, la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos; tales drogas han de utilizarse específicamente para corregir o prevenir cualquier complicación.

No se justifica, como procedimiento rutinario, la ruptura previa y artificial de las membranas.

Futuras investigaciones habrían de evaluar la inducción especial mínima requerida para quienes asisten al parto y al recién nacido.

Implementación de las recomendaciones

Las recomendaciones previas reconocen las diferencias existentes entre diversas regiones y países. Su implementación debe adecuarse a estas situaciones especiales.

Los gobiernos han de establecer cuáles departamentos deben coordinarse para gestionar las tecnologías adecuadas para el parto.

Las universidades, las sociedades científicas y los grupos de investigación deberían participar conjuntamente en la implementación de estas tecnologías.

Se habría de desalentar el uso indiscriminado de tecnologías a través de regulaciones financieras.

Se ha de fomentar la atención obstétrica que critica los excesos tecnológicos en el proceso de parto y que resalta los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento.

Las agencias gubernamentales, las universidades, las sociedades científicas y otros grupos interesados han de poder influir sobre la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a publicidad sus efectos nocivos sobre la madre y el bebé.

La OMS y la OPS han de promover el establecimiento de una red de enlace de grupos de evaluación, para que asesoren a los países en la adopción de nuevas tecno-

logías desarrolladas por países más avanzados. Esta red, a su vez, funcionaría como punto esencial para la diseminación de información.

Los resultados de la investigación tecnológica deberían ser ampliamente difundidos, con la intención de modificar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.

Los gobiernos habrían de considerar la aplicación de regulaciones que sólo permitan el uso de nuevas tecnologías para el parto después de haberse efectuado las correspondientes evaluaciones.

Han de promoverse conferencias regionales y nacionales sobre el parto, en las que participen autoridades y asistentes sanitarios junto con organizaciones de mujeres y medios de comunicación.

La OMS y la OPS deberían establecer un año durante el cual se centre la atención en la promoción de un parto mejor

(Traducido de la revista *Lancet* 1985; 2: 436/437).

Sentencia contraria al pago de los costes derivados del parto domiciliario (Doc. 3)

El juzgado social de Girona ha denegado a Marta Solanich el pago de los costes derivados de su parto en casa. La sentencia hecha pública el 26 de enero de 2001, alega que este tipo de atenciones no está incluida en las prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud. La sentencia no podrá ser recurrida ya que su cuantía no supera las 300.000 pesetas.

El jueves 25 de enero se celebró en Girona el juicio de la demanda interpuesta por Marta Solanich de la asociación *Crear i criar*, contra el Instituto Estatal de la Seguridad Social y el Servicio Catalán de la Salud, para que esta entidad le abonaran el coste del parto domiciliario

de su hija Tura. Este segundo juicio iba precedido de uno anterior celebrado el 17 de enero, y es la segunda demanda de este tipo planteada en Catalunya.

La sala estaba repleta de mujeres y hombres que, interesados por el tema y convocadas por diferentes colectivos, entre ellos la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento apoyaron a Marta y su compañero. Diferentes medios de comunicación, entre ellos varias televisiones, cubrieron el juicio con un gran respeto hacia los objetivos de la demanda. La demandante representada por el abogado Sebastià Salellas reclamaba que la sanidad pública se hiciera cargo de las 125.000 pesetas que abonó para poder dar a luz en su casa acompañada de una comadrona especializada que supervisaba el parto y controlaba el estado de salud de la madre y la criatura.

Marta Solanich contó en el juicio con los testimonios de Anna Sanés, comadrona que asistió el parto y el médico ginecólogo Enrique Lebrero de la Maternidad Acuario de Dénia que actuó como perito. Estos profesionales declararon la viabilidad de parir en casa cuando el embarazo transcurre con normalidad y se comprueba que no hay riesgo para la madre ni el bebé, dado que la embarazada no es una enferma que necesite servicios hospitalarios.

El doctor Lebrero recordó las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que avalan las ventajas sanitarias de parir en casa y recuerda que el desarrollo del parto influye decisivamente en la salud de la criatura.

Marta Solanich consideró vital dar a luz en su casa, como ya lo había hecho en el parto de su primera hija. En otros países europeos, el parto domiciliario es una práctica frecuente y asumida por la sanidad pública ya que, además de ser ventajosos para la mamá y la criatura, representa también un ahorro económico de los servicios públicos, dado que el coste

Deseo que no me consideren enferma, quiero que se me facilite mi participación, agradezco el respeto de la posición que elija para parir y del tiempo que necesito para parir, pido que no me administren anestesia o analgésicos y que no me practiquen la episiotomía

Dichas recomendaciones han sido recogidas en Francia, Italia, en las Cartas de derechos y obligaciones de pacientes de los Servicios Vasco y Andaluz de Salud

10

del parto en casa es sensiblemente inferior al parto hospitalario.

El abogado Sebastià Salellas reconoció que la demandante controló su embarazo con los servicios del Servei Català de la Salut, pero que va optó por parir con un servicio privado ante la imposibilidad de ser asistida por los servicios públicos fuera del hospital. El letrado insistió que el caso presentaba un carácter de normalidad y no de excepcionalidad, y pidió al juez que así lo valorara recordando que la Constitución española recoge el derecho de toda persona a disponer de los medios necesarios para garantizar su salud.

Por su parte, el abogado del Instituto estatal de la Seguridad social solicitó una sentencia desestimatoria ya que consideraba que el parto de Solanich no se podía considerar asistencia sanitaria urgente y tratarse de una prestación no regulada. El abogado de la Seguridad Social consideró la demanda falta de legitimación pasiva, es decir, que no procedía dirigirla a este organismo.

Parir: dónde y cómo (Doc. 4)

Ortrud Lindemann es doctora de familia. Con tan sólo 39 años ha atendido más de cinco mil quinientos partos, "respaldando como médico el trabajo de las comadronas", repite incansablemente. Concretamente, ha presenciado 4.976 partos en hospitales de Alemania y Escocia. Un día de 1995 decidió cambiar y atender únicamente partos en casa. Cuando la entrevistamos había nacido Rita en Vilasar de Mar, el parto domiciliario número 477 de su dilatada experiencia.

La culpa de este cambio la tuvo su madre al explicar con detalle cómo había nacido Ortrud, su segunda hija. Ortrud recuerda el descubrimiento: "estaba preparando una conferencia que habían solicitado las comadronas de Friburgo. En el hospital en el

que trabajaba, el número de cesáreas era muy bajo y ellas estaban interesadas en mi experiencia con el uso de la homeopatía en el cuidado de las embarazadas. Al preguntar a mi madre cómo había transcurrido mi parto, me contestó que había sido terrible y que su vida había estado en grave peligro. Había sido uno de los primeros partos hospitalarios "tecnológicos". Mi indignación dio sentido a mi compromiso cuyo origen desconocía: aportar mi saber y experiencia a unos embarazos y partos naturales, gozosos y conscientes. Cada parto es diferente, como cada persona. Somos de colores pero nos quieren grises. Por este motivo, hay que empezar la vida con conformismo, siguiendo las órdenes de un médico y supeditándose a sus horarios y poniéndose a su servicio. Para hacerlo, han tenido que marginar a las comadronas y convertir a la embarazada en un paciente".

La doctora Lindemann cree que en el territorio del estado español todo cambiará en poco tiempo, a pesar del retraso de cinco o diez años respecto a Alemania. "La demanda de un parto más humano se combinará con el elevado coste del trato rutinario en el sistema público. Una mujer embarazada y sana no es una enferma. Las comadronas son las profesionales específicamente preparadas para atender el parto y la mujer debe decidir cómo y dónde quiere tenerlo. Para decidir debe tener una información adecuada, sin integrismos ni fundamentalismos tecnológicos, ni miedos, ni obsesiones".

En realidad, casi todas las mujeres deciden parir en los hospitales y las Infantas en los quirófanos. Este hecho, del que se jactan los ginecólogos convencionales, mereció el comentario de Marsdeu G. Wagner "esto es lo que podríamos llamar convertir la víctima en culpable". Según las estadísticas, en el territorio del estado Español nacen poco más de 360.000 niños cada año. Tres de cada cuatro en un hospital o maternidad pública y el resto en clínicas privadas. El número de par-

tos domiciliarios no está recogido en ninguna estadística, ni los accidentales ni los vocacionales, entre otras cosas porque no existe un seguimiento basado en indicadores pactados que ayude a conocer las tendencias y la planificación concertada de medidas para mejorar las condiciones del parto.

Según cifras facilitadas por la red *Nacer en Casa*, en el territorio del Estado español sólo nacen en casa unos 500 niños cada año, lo que no representa ni el 0,1% de los nacimientos, aunque la ausencia de una estadística detallada refleja la ausencia de interés de la administración sanitaria en conocer la tendencia que, en otros países desarrollados, donde "nacer en casa" empieza ser cada vez más valorado.

No existe, a pesar de las exigencias de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de la Infancia de Naciones Unidas (UNICEF), ningún órgano participativo que oriente las políticas de maternidad, integrado por representantes de la administración, las organizaciones profesionales implicadas, las asociaciones no gubernamentales promotoras del parto natural y los derechos de la infancia, la planificación familiar, los derechos reproductivos y la lactancia materna. En cambio, se insiste en que figuramos en las estadísticas internacionales con unas tasas de fecundidad más baja del mundo.

La incorporación de la mujer al trabajo, la inseguridad del futuro laboral, el descuido de la ayuda familiar y la escasa participación del varón en las tareas domésticas son algunas de las claves para entender que el índice de nacimientos no aumente, justamente cuando estamos atravesando tiempos de bonanza económica. La edad para tener el primer hijo se retrasa, si es que llega, la tasa de niños con bajo peso ha aumentado y el retraso del crecimiento intrauterino se vincula con el estrés que sufren las madres en el trabajo, la alimentación y el hábito de fumar. La recuperación de la natalidad, iniciada en 1995,

se frena pese a la llegada de la generación del "Baby boom", los nacidos entre 1965 y 1975 que ahora están en edad fértil.

Diez lunas antes

"Cuando tienes una falta compruebas con el test, si estás embarazada", explica Mar Prieto de la generación "Baby boom", ahora con un bombo de siete meses. "Es una prueba fácil y rápida que detecta la presencia de la hormona hGC (Ganadotropina Coriónica humana), en orina. La hCG es la hormona que produce el cuerpo de la mujer, en caso de embarazo. Si es positiva y decides continuar con el embarazo, el médico te manda hacer un análisis de orina y sangre para certificarlo. Los resultados permiten saber cómo te encuentras y si tienes toxoplasmosis, por ejemplo. Este es el primero de tres análisis de sangre. En la cartilla que te entregan para recoger todas las anotaciones del embarazo no explican cuáles son tus derechos y, en cambio, afirma que trabajar o ser pobre es un factor de riesgo".

Al tercer mes te hacen la primera de las tres ecografías rutinarias. Cada mes te visita el tocólogo del Centro de Atención Primaria (CAP), para saber como va el embarazo. También te hacen el análisis de O'Sullivan, para detectar una diabetes, la prueba del SIDA si la pides y el Triple Screening, antes de las 16 primeras semanas de embarazo. Si el Triple Screening detecta un alto riesgo o tienes más de 35 años, te hacen una Amniocentesis, una extracción del líquido amniótico para saber el peligro de malformaciones. A los seis meses te asignan una maternidad. Puedes participar en un cursillo de preparación al parto que imparten comadronas de la Seguridad social, los cuatro últimos meses. El curso incluye la preparación física y psicológica. Cada sesión dura unas dos horas. Una dedicada a ver videos sobre el parto y las contracciones y otra con ejercicios físicos de preparación al parto. La pregunta de cómo y dónde quieres parir se da por contestada o como

máximo se opta por la pública o la privada".

El parto domiciliario debe reunir una condición, previa a la preparación consciente y concienzuda, además de la propia voluntad de la embarazada: que el hogar tenga las condiciones adecuadas. Aunque parezca mentira, la mitad de los hogares no tienen las condiciones de aislamiento, seguridad, equipamiento, comodidad, aireación para mantener, por ejemplo, a un familiar hospitalizado en casa, tal y como constata el Hospital de Mataró que pronto conseguirá sumarse a los cinco hospitales acreditados en el Estado español por la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. Para las organizaciones profesionales estos son logros atribuibles a la hospitalización, aunque ningún estudio riguroso lo concluya y a pesar de que "los derechos quedaron en la cuneta", confiesa un ginecólogo.

Un informe de la Fundación Cochrane afirma que "no hay suficiente evidencia para recomendar el parto en el hospital o en casa de mujeres embarazadas de bajo riesgo". Según un estudio de 1.404 mujeres que deseaban dar a luz en casa, realizado por la Universidad de Columbia (Estados Unidos) mostró que un 8,3% necesitaron ser llevadas al hospital durante el parto, otro 0,8% después del parto así como un 1,1% de los bebés. La mortalidad perinatal entre las mujeres que empezaron a dar a luz en casa fue del 2,5 por 1000 (más baja que la de Barcelona, que es del 5,2 por 1000). En Gran Bretaña, esa tasa es del 4,5 por 1000, mientras que en Australia, el país desarrollado donde la mortalidad perinatal es más elevada alcanza un 6,4 por 1000.

Los estudios hallan diferencias significativas en las complicaciones menores, a favor del parto en casa. Así, la tasa de cesáreas es muy inferior en las mujeres que empiezan a dar a luz en casa, el 6% en Holanda, frente al 28% de los nacimientos con cesárea registrados en 1998 en Barcelona.

En las episiotomías (corte de la vagina con un bisturí) que los hospitales en el territorio del estado español hacen en el 87% de los partos, en los partos domésticos no llega al 10%.

Adela Atero de 39 años y con tres partos recuerda cuando primeriza, con 21 años, parió a José Luis. En el Hospital de Lleida había muchas parturientas y la atendieron mal. "Era un domingo, había poco personal y como era primeriza me dejaron abandonada con un gotero para acelerarme más. Tenía miedo y no dejaron entrar ni a mi madre ni a mi compañero. Me arrastraron hasta el potro porque no podía andar y estaba a punto de salir. Decidí no volver a pisar un hospital, si no es por enfermedad, y tuve la suerte de que el segundo parto, el de Laura, fue asistido por la comadrona que había asistido a mi parto, quiero decir al de mi madre. Carmina era la comadrona de Mollerusa, una mujer con mucha experiencia pero ya está retirada y no ha podido atender mi tercer parto. Daniel, que acaba de cumplir 19 meses, pesó más de cuatro kilogramos. Estoy muy contenta de haberme incorporado al movimiento del parto en casa, pienso que es lo más humano y natural. En los dos últimos partos me he sentido la protagonista".

Adela se sintió tratada como una res en su primer parto. Arrastrada hasta el potro, sin compañía. ¿Tiene derechos la embarazada? Esto es lo que pretende la Plataforma pro Derechos del Nacimiento. En realidad, están regulados los derechos del enfermo y el usuario del hospital, pero la embarazada no es una enferma o, en todo caso, la regulación de derechos debería ser muy específica. Por este motivo se han redactado un decálogo que figura en un recuadro adjunto.

"El propósito es humanizar la llegada de los bebés dándoles una bienvenida más cálida", afirma Ángeles Hinojosa presidenta de la Plataforma pro Derechos del Nacimiento. "Los estudios de los últimos años coinciden en subrayar la

importancia de la gestación, nacimiento y primera infancia en la que se gesta la salud física y psíquica del futuro adulto. Este bienestar se formará con las experiencias vividas durante este periodo y con la prevención de cualquier agresión".

La Asociación *Nacer en Casa* nace a principios de 1988 para reunir a los profesionales que trabajaban a favor de recuperar el parto domiciliario. Colectivos como el Centro de Salud Titània-Tascó de Barcelona y unos veinticinco profesionales que, colaborando como una red, atienden a las parejas de todo el estado que deciden dar sentido a sus hogares dando luz a sus bebés en casa. Aunque aparece paralelamente al desarrollo del movimiento feminista, ecologista y de la necesidad de la mujer de recuperar el control sobre su cuerpo y su reproducción llevan a cabo una asistencia a la maternidad en la misma dirección que las directrices de la OMS.

Ahora, a este planteamiento pionero y ejemplar, se suma el de la Plataforma pro Derechos del Nacimiento para garantizar la extensión de estas directrices a las clínicas, maternidades y hospitales y conseguir que los servicios de salud sufragan los gastos derivados de la atención domiciliaria. Con la acreditación de las maternidades como Hospitales Amigos de la Infancia y las Madres el primer paso para la humanización del parto estaría garantizada o transcurriría por buen camino.

Hospitales Amigos de la infancia

Con esta denominación se acreditan desde 1.990 las maternidades y clínicas que cumplen una serie de requisitos destinados a promover la lactancia natural. El reciclaje del personal es imprescindible ya que, imbuidos en el fundamentalismo tecnológico y el integrista científico, se sigue desacreditando la lactancia materna, incluso desde la propia administración sanitaria estatal y autonómica que incumple multitud de compromisos internacionales.

Según la red Nacer en Casa, en el territorio español sólo nacen unos 500 niños cada año en casa, lo que representa el 0,1% del total de los nacidos

El desarrollo de esta acreditación de calidad sigue un proceso desigual. En España tan sólo cinco centros hospitalarios lo han conseguido. Vale la pena destacarlos: se trata del Josep Trueta de Girona, el Hospital de Granollers, El Joan XXIII Tarragona, el Hospital comarcal de la Marina Alta en Dénia y Jario en Asturias. En otros países, esta acreditación alcanza a la mayoría de maternidades y en otros existen planes para obtener este reciclaje en tiempo establecido. En cambio aquí no se ha logrado la atención de las autoridades sanitarias respecto a esta demanda emergente.

Existen iniciativas excepcionales que, a menudo, se utilizan de escudos para avalar propuestas. El Parlamento Vasco aprobó una proposición no de ley estimulando la lactancia natural. El Parlamento Balear hizo suyo un documento similar en la que el Partido Popular llegaba a señalar como argumento "el ahorro de envases que comportaba la lactancia materna". En cambio, los seguidores de Aznar en Catalunya se han opuesto a todas las demandas de Los Verdes al respecto.

La incorporación a la Iniciativa Hospitales Amigos de la Infancia y las Madres implica cambiar de chip. Por este motivo, a pesar de que sólo incorpora criterios para la lactancia, los hospitales implicados están abiertos a atender las demandas de las embarazadas y ponerse a su servicio.

Que las cosas no van bien, lo reflejan las cifras disponibles. Que tan sólo el 63% de las madres españolas amamantan a sus bebés desde el primer momento del nacimiento es un indicador negativo. Cuando la decisión es tomada exclusivamente por las madres, el porcentaje de madres que amamantan sube hasta casi el 70%, según la revista OCU-Compra Maestra (abril 1997). Una cuarta parte de las madres solicitaron información sobre la lactancia en el lugar donde parieron. Casi el 40% consideran

que la información recibida era mediocre o muy insuficiente. Hoy por hoy, la lactancia desciende drásticamente al cabo de tres o cuatro semanas.

Recientemente, un informe de una organización conservacionista británica alertaba de los residuos químicos diluidos en la leche materna, una mala noticia. Lástima que la organización denunciante no participe ni en el boicot a Nestlé ni la denuncia de la masificación del uso de la lactancia con sucedáneos de leche materna.

Recogida de firmas

Para hacerse escuchar, la Plataforma pro Derechos del Nacimiento, constituida el 7 de junio de 1998, ha iniciado la recogida de firmas para la ampliación del periodo de descanso maternal al primer año de vida del bebé y que se articulen unidades de asistencia al parto en todos los hospitales de la red pública que respeten las recomendaciones de la OMS para las mujeres que así lo demanden. Con este objetivo han organizado el congreso Nacer hoy celebrado en Barcelona el pasado mes de julio bajo el patrocinio de la Asociación Catalana de Comadronas.

Es esta profesión la más interesada en el parto en casa. Desplazadas por los médicos (a pesar de existir doctoras y los comadrones, así se llaman en broma) han sido relegadas por el poder médico muy masculino. Existen excepciones, en todos los sitios y cada vez una mayor permisividad, aunque estas concesiones no son la restitución de los derechos sino actitudes comprensivas con las clientas calificadas de raras o caprichosas.

¿Qué debe cambiar?

La Conferencia Mundial sobre Mujeres de Beijing de 1995 definió la salud sexual y reproductiva como "la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia". El có-

mo y el dónde quedó relegado para futuras convocatorias. Para defender estos objetivos todos los caminos llevan a la Declaración de Fortaleza de 1985.

El doctor Marsdeu G. Wagner, representante de la OMS, lo tiene claro: "En Europa hay dos movimientos que discurren de forma paralela. El primero define el parto como un problema médico. El segundo en el modelo social de nacimiento y concibe a éste como parte del proceso normal de la vida. En la OMS pensamos que el mejor sistema de asistencia a la maternidad es aquel en el que se aúna lo mejor de ambos movimientos y esta unión es difícil".

Mercé Muñoz con 32 años es madre de Arian (10), Nai-ma (6) i Jan de 16 meses. El primero y el segundo nacieron en el Hospital de Mataró por imperativos económicos. "La atención es rígida, no hay un trato personal sino médico. Por este motivo los dos primeros nacieron en el hospital. El primero, al salir lo separaron de mí. A Enric le dejaron que me acompañara pero el turno de la mañana lo sacaron. Esperaba que en el segundo, al no ser primeriza todo sería diferente, podría exponer mi criterio. Lo sentimos, me dijeron. Aquí hay unas normas a las que tienes que adaptarte. Dicen que respetan el contacto madre-bebé pero a la hora de la verdad hay una inercia y siempre excusas. Al no conocer el equipo que te atenderá y el cambio de turno tienes que explicar cuál es el trato que esperas obtener. Decidí no volverme a arriesgar. Preparé mi tercer embarazo en Titània-Tascó y Jan nació en casa. El equipo respetó mi ritmo y a las 6,30 di a luz".

Mercé y Enric pagaron 120.000 pesetas por el parto en casa, unas 65.000 para el curso de preparación, los desplazamientos al curso, además de las visitas con la doctora, previas al parto. Un coste que pagaron a gusto pero consideran que han ahorrado a la sanidad pública más de un millón de pesetas,

como mínimo. El coste exacto de un parto en la sanidad pública sigue siendo un secreto. "De nada sirvió preguntar al Consejero de Sanidad al respecto", afirma María Olivares que, siendo diputada de Els Verds en el Parlament de Catalunya preguntó específicamente por el coste de un parto en un hospital público. En otros países como Holanda, Noruega, Suiza, Alemania y el Reino Unido es la sanidad pública quien sufraga estos gastos. En cambio, en España la epidural es gratuita. "Es normal, los anestésicos y médicos siguen teniendo muchísimo más poder de presión que las madres", comentaba María Olivares abuela y ahora exdiputada de Els Verds.

Tecnologías y espacios apropiados

En 1998 la OMS dedicó el año al "embarazo seguro y gozoso". El año pasó sin pena ni gloria y quizás para muchos esta sea la primera noticia de su celebración. Según este organismo de Naciones Unidas, existen un conjunto de indicadores que muestran si las prácticas médicas y sanitarias relacionadas con el embarazo y el parto responden a tendencias de mejora y respeto a las madres y sugieren a los gobiernos planes de acción destinados a corregir los desequilibrios observados. La Declaración de Fortaleza critica desde algunas rutinas como el rasurado, una costumbre molesta e injustificada, hasta la exclusión de la pareja cuya ayuda puede ser un alivio, siempre y cuando esté preparada y no se convierta en un mero espectador privilegiado.

Respecto al uso de recursos tecnológicos y prácticas como las episiotomías, cesáreas y el uso rutinario de recursos explorativos como la monitorización fetal o pruebas como las ecografías, la Oficina Regional Europea de la OMS pide el uso responsable de estas tecnologías al servicio de un parto seguro y gozoso.

1. El corte del periné, la episiotomía, se practica en muchos hospitales a todas las mujeres. Un es-

tudio de The Lancet indica que, en partos controlados, puede ser mejor el desgarro que el corte porque cicatriza mejor.

- Una tasa superior al 10% de cesárea revela una mala práctica médica. En las clínicas privadas, el 30% de los partos se hacen por cesárea y más del 15% en los centros públicos. Curiosamente se concentran los viernes y los sábados por la mañana. También se sigue abusando de la rotura anticipada de membranas y del uso de oxitocina sintética para acelerar el parto.
- Los ultrasonidos de baja frecuencia, las ecografías, no son inocuas y están sujetas a estudios sobre su impacto difuso. Por tanto, no se debe abusar de las mismas y en todo caso llevarlas a cabo no refleja un alto nivel de atención.
- La monitorización fetal permite conocer el sufrimiento del feto. Este invento de los años setenta no se debería usar, según la OMS, más que en casos cuidadosamente seleccionados y valorados en los casos que existe un riesgo de mortalidad perinatal o cuando el parto es provocado artificialmente.
- Todos los hospitales públicos ofrecen la anestesia epidural gratuita. Este fármaco permite adormecer la zona perineal de la mujer para procurar un parto sin dolor, pero menos natural y consciente. Su uso se encuentra bastante extendido en la sanidad pública pero, en algunos hospitales, depende de la disponibilidad de anestésicos.

En julio de hace ya doce años, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó unas recomendaciones entre las que se recogían parte estos criterios sin arbitrar medios

para comprobar su aplicación y despliegue. Entre otras "las reformas arquitectónicas de las maternidades para garantizar la intimidad familiar y el confort de los paritorios y dormitorios".

Al no existir indicadores ni organismos de participación, nadie acaba de saber si la botella está "medio llena o medio vacía", o lo que es más importante: Qué hay en ella. La información recibida por las embarazadas está destinada a entrar en una rueda programada sin ninguna capacidad de decisión, negando de entrada la posibilidad de optar. En todo caso, existe una demanda creciente a una humanización del parto, para vivirlo gozosa e intensamente.

Decálogo de Derechos

Primero. La decisión de concebir un hijo debería ser una decisión libre y responsable por parte de la pareja

Segundo. El útero materno debería ser un lugar de bienestar para el bebé

Tercero. Los padres deberían recibir todo el apoyo y toda la información

Cuarto. Los padres deberían informarse y elegir el lugar y la forma en que se le recibe

Quinto. El bebé debería ser el principal protagonista de su nacimiento

Sexto. El ambiente en el que se le recibe debería ser cuidado con esmero

Séptimo. A ningún bebé se le debería privar de un vínculo extrauterino con su madre

Octavo. El apoyo a la lactancia materna tendría que ser firme, constante, cálido y basado en la información adecuada

Noveno. El bebé debería ser atendido personalmente por su madre o la pareja de su madre durante el primer año de vida, por lo menos

Décimo. El bebé debería contar con nuestro respeto y apoyo incondicional por el solo hecho de haber sido invitado a venir

Referencias bibliográficas

Cómo prepararse y tomar decisiones por una misma

Nacimiento en casa. Sheila Kitzinger. Editorial Icaria. También están disponibles de la misma autora Embarazo y parto. Editorial Interamericana. La experiencia sexual de la mujer. Editorial Folio. Cómo amamantar a su bebé. Editorial Interamericana. Nacer en casa. Editorial Interamericana y El nuevo gran libro del embarazo y el parto.

Mamatoto. Equipo The Body Shop. Editorial Plural. La celebración del nacimiento en diferentes culturas.

Embarazo y nacimiento gozosos. Editorial Integral. El arte del embarazo y el parto entre el saber tradicional y los conocimientos actuales.

El parto: crónica de un viaje. Frédéric Leboyer. Editorial Alta Fulla. Antiguo interno de los hospitales de París, jefe de clínica de la facultad de medicina. Como escritor es autor de *Shantala*. Un arte tradicional, el masaje de los niños y *Por un parto sin violencia*.

Ejercicios para un parto fácil. Elisabeth Bing. Editorial Integral. Las seis lecciones prácticas del Método Lamaze.

Directorio

Parto natural. Para+información La Asociación Nacer en Casa reúne desde 1998 a una red de profesionales que trabajan para recuperar el parto domiciliario. Tanto ellas como muchos otros profesionales piden el respeto de las *Recomendaciones generales de la Organización Mundial de la Salud sobre los derechos de la embarazada y el bebé*, la llamada declaración de Fortaleza, ciudad donde se aprobaron en 1985.

La Plataforma pro Derechos del Nacimiento facilita un escrito en el cual la embarazada especifica cómo quiere ser atendida, respaldada por las recomendaciones de la OMS. El escrito puede obtenerse en la web y dirección de la propia plataforma. Aunque diversos hospitales aceptan ya un trato más humanizado y algunas comadronas lo llevan a cabo en centros privados.

Para más información: Secretaría de la Asociación Nacer en Casa. Mayte Gómez. Camino del Huebro 36. 04100 Nijar

(Almería) Tel. y Fax. 950 36 03 25. <http://www.nacerencasa.org>

Publicaciones

Para mantenerse informado del devenir de los derechos del nacimiento hay cinco publicaciones claves.

Diàlegs des de Acuario, publicada por Acuario Espai de Salut, Avinguda Vergel 11. 03778 Beniarbeig (La Marina Alta) Tel. 966 47 62 60. <http://www.acuario.org>

Trabajadoras. Publicada por la Secretaría Confederal de Comisiones Obreras, donde tratan con detalle la relación entre la maternidad y la actividad laboral. Calle Fernández de la Hoz 12, 3ª Planta. 28010 Madrid. Tel. 91 702 81 03. E-mail: trabajadora@ccoo.es

Mujeres y Salud es una revista sobre la salud integral de las mujeres, elaborada desde una conciencia de género. C. París 150. 08036 Barcelona. Tel./Fax. 93 322 65 54. E-mail: caps@pangea.org. <http://mys.matriz.net>

Creando un mundo mejor. Revista de la Plataforma pro Derechos del Nacimiento. Carrer Santa Pau 59. 08016 Barcelona. Tel. y Fax. 93 340 70 43. E-mail: pdn@pangea.org. <http://www.pangea.org/pdn>.

Viure en Família es una revista disponible en quioscos y librerías editada por Quetzal, associació pel desenvolupament dels nens i les nenes en el seu context. Carrer Urgell 216. Tel. 93 419 54 14. Fax. 93 889 19 29. E-mail: viurenfamilia@yahoo.es