

El part a casa a Catalunya: una opció en evolució i transformació. Cap a on volem anar?

Lucía Alcaraz Vidal¹⁻³, Imma Sàrries Zgonc¹, Blanca Lainez Villabona¹, Laia Casadevall Castañé¹

¹ Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC). ² ASSIR DAP Metropolitana Nord i Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). ³ Programa de Biomedicina, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

RESUM

El part domiciliari planificat, assistit per professionals competents i coordinades amb el sistema de salut, ha demostrat ser tan segur com el part hospitalari en gestants de baix risc. El part domiciliari a Catalunya ha esdevingut, els darrers trenta anys, l'única opció per a moltes dones d'evitar l'alt nivell d'intervencionisme en l'atenció al part hospitalari.

Aquest treball revisa la bibliografia sobre el part a casa i explora i reflexiona sobre diferents aspectes de la seva situació a Catalunya.

L'evidència deixa clar que amb bones guies d'actuació i sistemes de trasllat ben establerts, hi ha poc o cap risc incrementat associat directament al part domiciliari. Tanmateix, per garantir-ne la seguretat cal l'accés a l'atenció mèdica i hospitalària. La col·laboració entre tots els professionals del naixement és essencial per oferir una atenció integral que preservi els interessos de les mares i els nounats perquè el part i el naixement siguin segurs per a unes i altres, saludables a tots els nivells i satisfactoris per a tota la família.

A Catalunya, cinc per cada mil dones pareixen a casa. Atès que la dona és lliure de triar on vol parir, que ho faci en les condicions òptimes de seguretat depèn de la col·laboració de tots els professionals implicats en l'atenció a les dones i els nounats, així com de les institucions responsables de la salut. L'Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC) vol treballar, juntament amb obstetres i neonatòlegs/neonatòlogues, per aconseguir aquesta col·laboració interprofessional i institucional.

Paraules clau: Part a casa. Col·laboració interprofessional. Comunicació. Seguretat.

EL PARTO EN CASA EN CATALUÑA: UNA OPCIÓN EN EVOLUCIÓN Y TRANSFORMACIÓN. ¿HACIA DÓNDE QUEREMOS IR?

El parto domiciliario planificado, asistido por profesionales competentes y coordinadas con el sistema de salud, ha demostrado ser tan seguro como el parto hospitalario en gestantes de bajo riesgo. El parto domiciliario en Cataluña ha sido, los últimos treinta años, la única opción para muchas mujeres de evitar el alto nivel de intervencionismo en la atención al parto hospitalario.

Este trabajo revisa la bibliografía sobre el parto en casa, y explora y reflexiona sobre diferentes aspectos de su situación en Cataluña.

La evidencia deja claro que, con buenas guías de actuación y sistemas de traslado bien establecidos, hay poco o ningún riesgo incrementado asociado directamente con el parto domiciliario. Sin embargo, para garantizar su seguridad, es necesario el acceso a la atención médica y hospitalaria. La colaboración entre todos los profesionales del nacimiento es esencial para ofrecer una atención integral que preserve los intereses de las madres y los recién nacidos para que el parto y el nacimiento sean seguros para ambos, saludable a todos los niveles y satisfactorio para toda la familia.

En Cataluña, cinco por cada mil mujeres paren en casa. Dado que la mujer es libre de elegir dónde quiere parir, que lo haga en las condiciones óptimas de seguridad depende de la colaboración de todos los profesionales implicados en la atención a las mujeres y los recién nacidos, así como de las instituciones sanitarias. La Asociación de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC) quiere trabajar, conjuntamente con obstetras y neonatólogos/ neonatólogas, para conseguir esta colaboración interprofesional e institucional.

Palabras clave: Parto en casa. Colaboración interprofesional. Comunicación. Seguridad.

HOME BIRTH IN CATALONIA: AN EVOLVING AND TRANSFORMING OPTION. WHERE DO WE WANT TO GO?

Well-planned home birth, assisted by trained professionals and coordinated with the health systems, has demonstrated to be as safe as hospital birth for low-risk pregnancies. Over the last 30 years in Catalonia, home birth has been the only option for women who want to avoid the high level of interventionism that characterizes hospital birth. In this article, we review the literature on home birth, and we examine its status in Catalonia.

Available evidence indicates that with good management guides and well-established transportation systems, the incremental risk associated with home birth is minimal. However, in order to ensure safety, ready access to medical and hospital care is critical. The collaboration between all professionals is essential to offer comprehensive care that protects the interests and well-being of the mothers and the newborn, with the goal of creating a safe and healthy birth experience for both and to the satisfaction of the family.

In Catalonia, five of every thousand females deliver at home. Given the fact that women can choose where they want to deliver, having

Correspondència: Lucía Alcaraz Vidal
Hospital Germans Trias i Pujol. Centre de Naixements
Carretera de Canyet, s/n. 08916 Badalona
lalcaraz.germanstrias@gencat.cat

Treball rebut: 04.11.2020
Treball acceptat: 25.11.2020

Alcaraz-Vidal L, Sàrries-Zgonc I, Lainez-Villanova B, Casadevall-Castañé L.
El part a casa a Catalunya: una opció en evolució i transformació. Cap a on volem anar?
Pediàtr Catalana. 2021;81(1):7-13.

the optimum conditions of safety depends on the collaboration of all the healthcare providers dedicated to maternal and child health, as well as the healthcare administration. The Association of Home Birth Midwives of Catalonia wants to work together with obstetricians and neonatologists to achieve this interprofessional and institutional collaboration.

Key Words: Home birth. Interprofessional collaboration. Communication. Safety.

Introducció

El part planificat a casa es defineix com aquell en què la dona pren la decisió, durant l'embaràs, de donar a llum a casa amb un professional sanitari, independentment d'on acabi succeint el part. Cal diferenciar-lo doncs, del part a casa que té lloc de forma accidental i d'aquell en què la dona decideix parir a casa sense assistència sanitària¹⁻².

El part a casa planificat, tot i no ser una opció majoritària, ha demostrat bons resultats de morbiditat materna i neonatal³⁻⁵, satisfacció⁶⁻⁸ i relació cost-benefici⁹⁻¹¹ als països on s'ofereix com a servei integrat dins del sistema públic de salut. Les condicions ideals per a un part a casa han de preveure: una gestació de baix risc, l'assistència de llevadores expertes, uns criteris adequats de selecció, així com de transferència de cures, i un sistema de salut integrat que permeti un trasllat eficaç¹²⁻¹⁴.

Aquest article té com a objectiu, en primer lloc, oferir una visió clara i objectiva sobre el part i el naixement planificats a casa amb llevadores des de la perspectiva de la seguretat, l'experiència i la forma de treballar de les llevadores de l'Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC). En segon lloc, es planteja els reptes de futur per garantir la millor qualitat assistencial possible que centri l'atenció en les necessitats de les mares i els nadons i preservi la continuïtat en l'atenció. Tots dos aspectes són fonamentals per optimitzar els resultats i minimitzar l'impacte negatiu en la vivència de les dones i les famílies en els casos en què el trasllat és necessari.

Marc històric del part a casa

Fins a la meitat del segle XX el part era considerat un procés natural que formava part de la vida de les dones i la comunitat. El part es donava en la intimitat de la llar amb ajuda d'altres dones o llevadores, però no hi havia consciència de la importància de l'experiència per a la dona i el nou-nat, ni es vivia com una experiència mereixedora de ser viscuda plenament i en la qual el parengués cap paper actiu¹⁵⁻¹⁶.

No va ser fins als anys seixanta que el part es va institucionalitzar a Espanya, influenciat per l'expansió econòmica mundial, el procés d'industrialització, l'arribada dels grans hospitals i el *baby boom*. El canvi cultural que va impulsar el paradigma biomèdic també

va fer que el dolor del part fos considerat un dolor patològic susceptible de ser erradicat, no pas comprès, i el part un procés mecànic que havia d'entrar dins d'uns paràmetres determinats.

Aquest canvi va significar un procés de medicalització del part que va portar a considerar el maneig actiu dirigit pels professionals com la norma. La progressiva deshumanització i mecanització del procés va suposar la pèrdua d'autonomia de la dona i la pèrdua de protagonisme del propi part.

El 1985 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'Organització Panamericana de la Salut van reunir professionals, gestors dels serveis de salut i usuàries. D'aquesta conferència va sortir la Declaració de Fortaleza (Brasil), que posa les bases del canvi en l'atenció a les dones durant l'embaràs, el part i el postpart fent èmfasi en els factors humans, emocionals, psicològics i socials, i en la desmedicalització del procés. La declaració de Fortaleza reconeix que gestació i part formen part d'una vivència humana transcendental que encoratja el poder dels individus i dels grups cap al desenvolupament de societats més sostenibles i al gaudi ple de la vida. Un dels aspectes clau d'aquest canvi de paradigma és que el part passa a considerar-se un procés fisiològic que en la majoria dels casos només necessita acompanyament i observació, en què la dona i el seu dret d'elecció sobre on, com i amb qui vol parir esdevenen el centre de l'atenció¹⁷.

A Espanya, malgrat que han sorgit iniciatives per millorar i desmedicalitzar l'atenció al part, no s'ha abordat de forma profunda un canvi de model en què es consideri i validi el dret de les dones de decidir sobre les circumstàncies del seu part i aquest passi a ser percebut com un procés normal en la vida de les persones.

En relació amb la cobertura legal del part a casa a Espanya, parir a casa i assistir els parts domiciliaris no està penat per la llei. Les dones són lliures de parir a casa i les llevadores són lliures d'assistir-les al domicili. Tot i això, d'ençà que es va prioritzar l'atenció hospitalària, el part a casa ha esdevingut una opció minoritària, poc reconeguda i acceptada per la societat i les institucions, i viscuda de forma clandestina per moltes dones.

Autonomia de la dona

Escollir de forma lliure el lloc on donar a llum està reconegut per l'OMS des de l'any 1997¹⁸ i també és un dret reconegut per la International Confederation of Midwives (ICM)¹⁹ i la International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO)²⁰.

El Tribunal Europeu de Drets Humans afirma que tota dona té el dret de triar les circumstàncies i l'àmbit en què vol parir²¹. Per tant, tot estat europeu hauria d'assegurar a les dones l'accés al part a casa i garantir-ne la seguretat. La ICM expressa la seva decepció

sobre el fet que no tots els països tinguin sistemes de legislació i salut que donin suport al part a casa planificat i anima els governs a fer una revisió de la literatura científica per planificar un sistema d'atenció a la maternitat que inclogui aquesta opció¹⁹.

L'article 43 de la Constitució espanyola estableix el dret a la protecció de la salut. És responsabilitat de l'estat, com a garant d'aquest dret, organitzar i tutelar la salut pública mitjançant mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris. Una d'aquestes prestacions és l'atenció a l'embaràs, part i postpart i, atès que la dona té el dret de parir allà on ho decideixi, l'estat hauria d'establir les mesures necessàries per tal de garantir-ne la màxima seguretat.

A Espanya, la Llei 41/2002 d'autonomia del pacient garanteix el dret de tota dona a decidir lliurement sobre la seva salut²². La dona, com a persona adulta i responsable, té el dret i la capacitat de prendre decisions informades respecte a la maternitat i l'atenció del seu nadó. Per tant, pot triar el tipus d'atenció que desitja per al seu embaràs, part i postpart, i el lloc on vol parir, basant-se en els seus coneixements, intuïció, experiències, valors i creences, i també el deure d'acceptar la responsabilitat personal d'aquestes decisions.

Competències de les llevadores

Les llevadores són professionals sanitàries competents per acompanyar de forma autònoma les gestants amb embarassos sense complicacions, assistir el part i fer el seguiment del nou-nat fins al 28è dia de vida²³. Aquesta assistència es pot fer dins i fora del sistema públic de salut i en els àmbits hospitalari i domiciliari. La competència i l'assistència autònoma inclou la detecció de signes d'anormalitat, tant en la mare com en el fetus o el nou-nat, i la derivació a un nivell superior d'atenció, si cal.

Una de les tasques més importants de les llevadores és acompanyar la dona i la família en la presa de decisions informades. Proveir les dones d'informació veraç, precisa, actualitzada, contrastada i basada en evidència científica sobre els riscos i beneficis de cada procediment facilita que la dona pugui prendre decisions veritablement informades sobre la seva salut i la dels seus fills i filles²⁴⁻²⁶. Sabem que això és més probable quan la informació la facilita una llevadora que ofereix cures i acompanyament continuat²⁷⁻²⁸.

Assistir parts a casa reforça la confiança de les llevadores en el procés del part i del naixement, permet que desenvolupin habilitats i facin servir eines individualitzades per acompanyar les dones. El part a casa esdevé, fora i dins del nostre context, un àmbit únic per aprendre sobre el part i el naixement fisiològics. Acompanyar parts a casa també permet compartir el gaudi mateix del naixement com a esdeveniment transcendent en la vida de les persones.

El part a casa

L'entorn on la dona pareix pot tenir efectes importants sobre el desenvolupament del part, sobre la seva experiència i sobre el tipus de relació que s'estableix entre ella i els professionals de la salut que l'acompanyen. En general, el part es desenvoluparà millor allà on la dona se senti més segura²⁹⁻³⁰.

Cada lloc comporta un conjunt de riscos i beneficis, i és cada dona, sobre la base dels seus coneixements i de la informació rebuda, la que ha d'avaluar quins són els conjunts de riscos i beneficis més acceptables per a ella segons les seves creences, valors i interessos³¹. Cal, a més a més, tenir en compte que cada dona entén el concepte de risc de formes diverses³²⁻³³.

El part a casa facilita que els ritmes individuals de cada dona i família siguin respectats, amb la mínima interferència i la utilització només de procediments imprescindibles i sempre amb el consentiment previ de la dona. Això afavoreix la comoditat, la llibertat de moviment, la capacitat de la dona de fer front al dolor i la seva sensació de confiança³⁴, i es tradueix en un baix percentatge d'intervencions³⁵.

Les dones que planifiquen un part a casa solen expressar experiències més satisfactòries^{3, 36}, entre altres coses perquè es garanteix la continuïtat de les cures per part de la llevadora. La continuïtat en l'atenció crea l'oportunitat de construir una relació d'igualtat i confiança mútua que els garanteix més intimitat i més espontaneïtat física i emocional^{28, 37-39} la qual cosa, a més a més, contribueix significativament a la seguretat del part a casa⁴.

Tots aquests aspectes es relacionen, d'una banda, amb l'increment de l'autoestima i la capacitat per afrontar la maternitat i la cura del nou-nat⁴⁰ i, d'una altra banda, amb índexs més baixos de depressió postpart³⁸ i de síndrome d'estrès posttraumàtic⁴¹; aquest darrer està fortament relacionat, entre altres, amb la sensació de pèrdua de control sobre el procés^{34, 39}.

El part a casa també està associat a taxes d'al·letament matern més elevades, a causa de la nul·la o poca interferència entre la mare i el nadó durant les primeres hores de vida⁴².

Una altra dada que cal considerar, no menys important, són els costos econòmics molt menys elevats que té el part a casa vers el part hospitalari^{1, 43}.

La seguretat del part a casa

El part té riscos inherents al mateix procés⁴⁴. Tot i això, fins ara no hi ha evidència que el part de baix risc sigui més segur en un centre hospitalari que a casa. Les dones que planifiquen un part a casa, especialment les múltiples, tenen més probabilitats de tenir un part fisiològic lliure d'intervencions innecessàries^{2, 24, 45}. És a dir, tenen menys risc de tenir un part per cessària

o un part instrumentat i menys probabilitat de rebre intervencions mèdiques, com ara estimulació amb oxitocina sintètica. També disminueix la necessitat d'analgèsia farmacològica gràcies al suport continuat rebut durant el part per algú de confiança^{3-4, 13, 36-38}. En general, aquestes dones tenen menys risc de morbiditat materna^{5, 13, 36}.

El part a casa també comporta un risc més baix d'infecció o d'hemorràgia postpart^{5, 12, 46-47}. En un part domiciliari és molt menys probable tenir un estrip de tercer o quart grau^{5, 13}, així com menys admissió a una unitat de cures intensives⁴.

Pel que fa a la mortalitat perinatal o neonatal, en dones de baix risc que planifiquen el part a casa en països on el part domiciliari està integrat dins del sistema de salut, els resultats són similars al del part hospitalari^{5, 12, 47}. Quant a la probabilitat d'admissió del nadó a la unitat de cures intensives neonatals, és més baixa en els nounats que neixen a casa, especialment en dones múltiples⁵.

Cal fer esment en aquest punt a la guia de pràctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) titulada *Intrapartum Care: care of healthy women and babies*²⁴, que recomana el part a casa en dones sanes amb gestacions de baix risc, independentment de la paritat^{3, 24}.

La planificació del trasllat a l'hospital forma part inherent del part a casa. Durant l'embaràs, la dona estableix un pla de trasllat amb la llevadora en què s'especifica l'hospital on la dona voldria ser traslladada, el mitjà de transport segons les circumstàncies i l'actuació en cas d'emergència, entre altres⁴⁸.

En els països on el part a casa està integrat dins del sistema de salut, els protocols d'assistència al part a casa tenen integrat el protocol de trasllat a l'hospital. Tots els professionals implicats en l'atenció a les gestants i als nounats, així com els professionals d'emergències, es regeixen per aquests protocols.

El trasllat ha de ser segur i coordinat, i ha de permetre la continuïtat assistencial mitjançant l'acompanyament de la dona per la seva llevadora. Preservar aquest contínuum facilita la comunicació i l'intercanvi d'informació valuosa amb els professionals de l'hospital, alhora que centra l'atenció en la dona i el nounat i té en compte els seus valors, creences i expectatives⁴⁹. Per fer això possible, cal una col·laboració fluida entre professionals, deixant de banda els prejudicis, que posi en valor l'autonomia de la dona en la presa de decisions i establi relacions entre adults iguals⁴⁹⁻⁵⁰.

L'Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC)

L'ALPACC és una associació científica, sense ànim de lucre, formada només per llevadores vinculades al part

a casa. Actualment compta amb 64 llevadores en actiu, parcialment o total.

L'ALPACC va sorgir de la necessitat de protegir, promoure i donar suport al part a casa. Aquest objectiu es treballa des de diferents vessants. D'una banda, agrupa i dona suport a les llevadores i, d'una altra, defensa el dret de les dones a parir a casa, si així ho decideixen. L'Associació pretén, alhora, esdevenir una interlocutora vàlida amb les institucions i els professionals dels diferents àmbits relacionats amb l'atenció al part i al nounat, per aconseguir que el part a casa sigui una opció més dins del sistema públic de salut.

Donar suport a les llevadores vol dir, també, vetllar per mantenir uns estàndards d'excel·lència en la praxi. És per això que l'ALPACC ofereix una formació continuada de qualitat sobre la base de l'evidència científica més actual, l'entrenament per actuar davant les emergències obstètriques i la reanimació neonatal, i la discussió de casos reals.

Per donar suport, transparència i evidenciar el treball fet als parts planificats a casa, es recullen, de forma sistematitzada en una base de dades comuna, un conjunt de dades de cada dona atesa per les llevadores d'ALPACC. La base de dades té en compte els resultats del part a casa, i les derivacions i intervencions que s'hagin hagut de fer. També es recullen dades sobre l'experiència i la satisfacció de les dones, a partir d'un qüestionari.

De la praxi de les llevadores i fonamentada en guies de pràctica clínica d'altres països va sorgir la necessitat de revisió de la *Guia del Part a casa*, publicada pel Col·legi d'Infermeres i Infermers de Catalunya el 2010⁵¹. La *Guia d'assistència al part a casa*⁴⁸, publicada el 2018, vol ser un document de referència per a totes les professionals de l'àmbit, associades o no a l'ALPACC.

Algunes dades de l'ALPACC

Segons les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) dels darrers cinc anys, el percentatge de parts domiciliaris a Catalunya es manté entre el 5 i 6 per mil de tots els parts assistits per personal sanitari.

A Espanya, segons les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'any 2018 hi va haver 938 parts domiciliaris assistits per personal sanitari (Fig. 1). No sabem quants d'aquests parts van ser planificats o accidentals. Dels 938 parts, d'acord amb l'INE, 347 van ser a Catalunya (Fig. 2). En canvi, les llevadores de l'ALPACC van assistir 350 parts. Els sistemes de registre oficials no permeten especificar on s'ha planificat el part; per tant, només sabem on ha tingut lloc. Així doncs, la xifra més fiable sobre els parts planificats a casa a Catalunya és la que es recull a la base de dades de l'ALPACC i que representa més d'un terç dels parts domiciliaris de tot l'estat.

Les llevadores de l'ALPACC recullen setanta dades relacionades amb el part i quaranta amb el postpart.

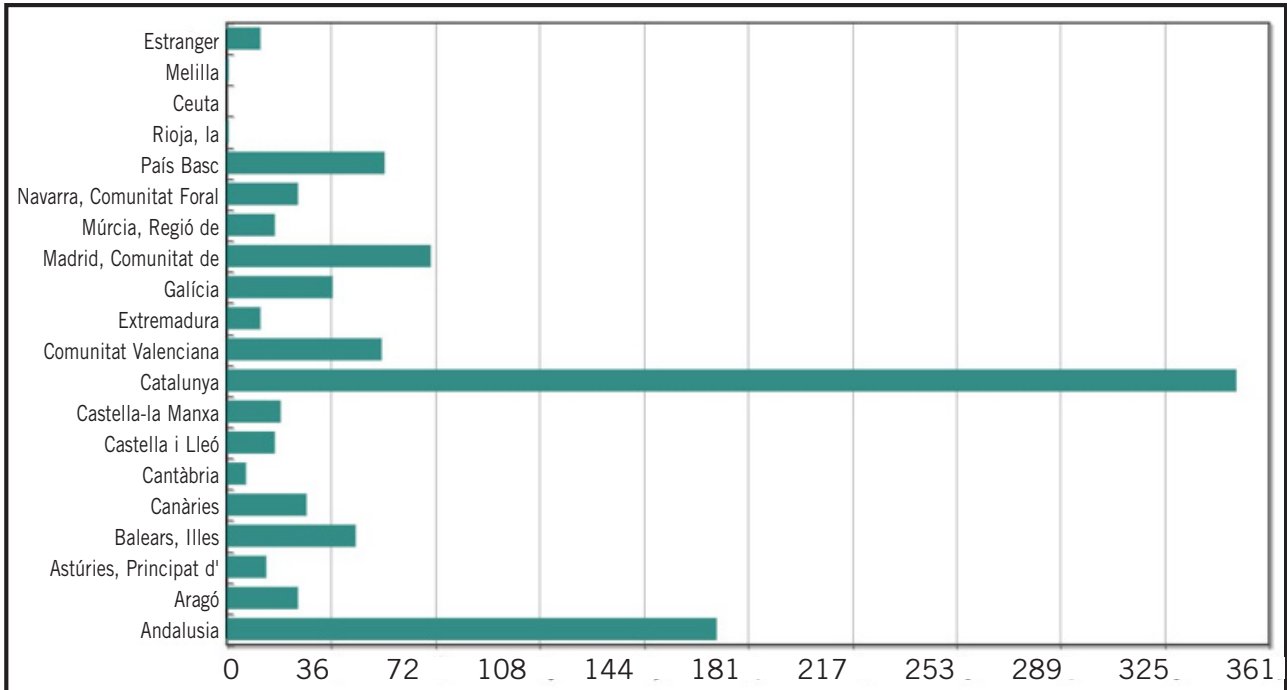


Fig. 1. Nombre de parts domiciliaris assistits per professionals sanitaris i per comunitat autònoma l'any 2018. Font: Institut Nacional d'Estadística.

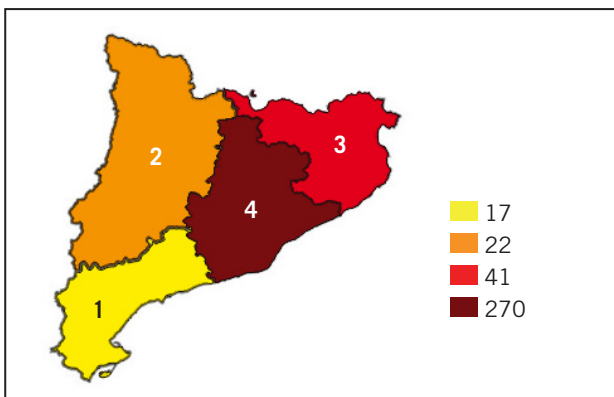


Fig. 2. Mapa de la distribució dels parts domiciliaris a Catalunya l'any 2018. 1: Tarragona, 2: Lleida, 3: Girona, 4: Barcelona. Font: Institut Nacional d'Estadística.

Aquestes dades inclouen aspectes sociodemogràfics, clínics i de satisfacció. L'ALPACC va començar a recollir dades el 2016, i fins al 2019 les llevadores de l'associació han acompanyat 1.389 dones.

Les dades analitzades fins ara i pendents de publicació mostren que les dones que trien parir a casa tenen una edat compresa entre els 30 i els 40 anys, són autòctones i amb un nivell alt d'estudis i ja han tingut un o més fills/es. La província de Barcelona agrupa la majoria dels parts, principalment Barcelona ciutat, i a les comarques del Vallès (Occidental i Oriental), Baix Llobregat, Maresme i Osona. El percentatge de trasllat a l'hospital oscil·la entre el 6% i el 20%, i és més freqüent en dones nul·líparas. El motiu de trasllat intrapart més prevalent és el part estacionat, i el de trasllat postpart, l'hemorràgia postpart i el destret respiratori del nadó. La majoria de les dones, incloent-hi les que han estat traslladades a l'hospital, tenen un part eutò-

cic i la majoria de nadons inicien l'alletament matern en les dues primeres hores de vida i continuen més enllà del mes de vida.

Reptes de futur

És imperatiu crear un vincle entre les professionals del part a casa i els professionals de la salut pública per tal de millorar l'atenció que reben les dones quan es requereix un trasllat a un centre hospitalari.

Per això es proposa treballar de forma pluridisciplinària, amb tots els professionals implicats en l'atenció al part de manera directa o indirecta, i transversal, amb tots els estaments involucrats en les polítiques de salut, mantenint sempre com a interlocutores principals les usuàries que decideixen parir en un entorn no hospitalari.

Aquest treball s'ha de fonamentar en aspectes clau com⁴⁸:

- Un sistema establert de comunicació entre les llevadores de part a casa i els centres hospitalaris.
- Un circuit específic que inclogui els serveis d'emergències en cas de trasllat urgent.
- La possibilitat de revisar i comentar cada cas de trasllat entre la llevadora domiciliària, els professionals de l'hospital i la dona (amb un acompanyant, si ho desitja), abans i després de l'alta.
- La valoració i documentació de l'experiència del trasllat de les dones i de les seves famílies.
- La revisió conjunta de cada cas per part de tots els professionals involucrats.
- La inclusió del part domiciliari en la formació de llevadores i obstetres.

- La realització de sessions multidisciplinàries de diàleg i formació (en què s'inclouin també les usuàries) que permetin millorar tant les relacions entre tots els agents de salut com el maneig dels reptes que puguin sorgir.

El sistema públic de salut ha de donar resposta a les dones que trien aquesta opció, tant des del vessant d'atenció sanitària com des del vessant de recursos econòmics. Cal, doncs, treballar per tal que el part a casa sigui una opció més dins del sistema públic de salut, ja sigui de manera integrada o finançada mitjançant rescabament.

D'altra banda, és necessari conèixer la demanda real de parts domiciliaris planificats a Catalunya. Per això caldria deixar un espai específic als aplicatius i documents de recollida de dades estadístiques.

Per acabar, cal elaborar uns indicadors que permetin avaluar els resultats del part i naixements tenint en compte totes les opcions per donar a llum. Per fer-ho possible es necessita un sistema eficient de registre de dades que permeti recollir-les de forma homogènia a tots els dispositius on s'atenguin parts i naixements.

Conclusions

L'evidència deixa clar que amb unes bones guies d'actuació i sistemes de trasllat ben establerts, hi ha poc o cap risc incrementat associat directament amb el part a casa. Tanmateix, per garantir-ne la seguretat, cal facilitar l'accés a l'atenció mèdica i hospitalària.

La col·laboració entre tots els professionals és essencial per oferir una atenció integral que preservi els interessos de les mares i els nounats i perquè el part i el naixement siguin segurs, saludables a tots els nivells, i satisfactoris per a tota la família.

Les dones tenen el dret i la llibertat de triar parir a casa. És per això que des d'ALPACC s'insta a tots els agents implicats en l'atenció del part domiciliari a crear espais de diàleg i reflexió per tal de crear eines i procediments de millora de l'actual sistema d'atenció a les gestants que decideixen tenir el part a casa.

Reflexió final

Cal que tots i totes les professionals que formen part del sistema sanitari siguin conscients dels principis de la bioètica i del dret d'autonomia de les persones. En el marc d'aquests principis, que haurien de regir la pràctica professional, s'inclou el deure dels professionals d'informar de forma objectiva, veraç, contrastada i comprensible sobre les alternatives disponibles i el respecte al dret de les persones de decidir sobre la pròpia salut. Cal fugir, doncs, d'idees preconcebudes i prejudicis, i acompanyar les dones en la presa de decisions veritablement informades sobre la base dels seus valors i creences.

En ple segle XXI, quan moltes de les estructures de funcionament social estan immerses en un col·lapse de difícil solució, la proposta de convivencialitat del filòsof Illich pot esdevenir un referent en la cerca de models per a una transformació real i profunda⁵². Una societat convivencial seria aquella que «permet a tots els seus membres l'acció més autònoma, lliure i més creativa possible, amb l'ajuda de les eines menys controlables pels altres i compartint sabers pel que fa a la salut que no entrin en rivalitat. Una societat en què la tecnologia i la ciència no dominin l'ésser humà, sinó que estiguin al servei de les persones i caminin ple-gats»⁵². En aquest sentit, la convivencialitat es converteix no només en el principi de relació de l'ésser humà amb la tecnologia i els avenços científics, sinó també en el principi que regeix les pràctiques de la comunicació, l'autogestió, la presa de decisions i l'organització entre els professionals i les persones, creant comunitats més lliures i sostenibles.

I, en aquest camí, Catalunya té la capacitat i pot esdevenir un model de referència per iniciar un canvi en l'atenció a la maternitat i el part, duent a terme iniciatives que validin i donin suport al part a casa. Caldria, doncs, treballar de forma multidisciplinària per trobar models propis adaptats a la nostra realitat que legitimin el dret de les dones a escollir lliurement el lloc on donar a llum per així aconseguir que parir a casa sigui una opció saludable i segura, entre les altres, i igualment salvaguardada.

Bibliografia

1. Vedam S, Schummers L, Stoll K, Rogers J, Klein MC, Fairbrother N, et al. The Canadian Birth Place Study: Describing maternity practice and providers' exposure to home birth. *Midwifery*. 2012;28(5):600-8.
2. 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):e80-90.
3. Hollowell J, Puddicombe D, Rowe R, Linsell L, Hardy P, Stewart M, et al. The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth Birthplace in England research programme. Final report part NIHR Serv Deliv Organ Program. 2011;1-209. Accessible a la xarxa [data de consulta: 04-11-2020]. Disponible a: https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.netscc.ac.uk%2Fhdsr%2Ffiles%2Fproject%2FSDO_FR4_08-1604-140_V03.pdf.
4. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. 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:d7400.
5. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240-55.
6. Handelzalts JE, Zacks A, Levy S. The association of birth model with resilience variables and birth experience: Home versus hospital birth. *Midwifery*. 2016;36:80-5.
7. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database Syst Rev*. 2012;10:CD003766.
8. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health*. 2015;7:361-77.
9. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. 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. *BMJ*. 2012;344(7854):e2292.

10. Scarf V, Catling C, Viney R, Homer C. Costing Alternative Birth Settings for Women at Low Risk of Complications: A Systematic Review. Ciccozzi M, editor. *PLoS One*. 2016;11(2):e0149463.
11. Hitzert M, Hermus MM, Boesveldt II, Franx A, Van Der Pal-De Bruin KKM, et al. Cost-effectiveness of planned birth in a birth centre compared with alternative planned places of birth: Results of the Dutch Birth Centre study. *BMJ Open* 2017;7(9):e016960.
12. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2019;14:59-70.
13. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100319.
14. Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, et al. Parto domiciliario: un fenómeno reciente con potenciales riesgos. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(4):266.e1-266.e6.
15. Casadó L, Montes MJ. La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Cataluña, España. *Rev Investig y Educ en Enfermería*. 2012;30(2):198-207.
16. Manrique J, Fernández A, Echevarría P, Figueurol MI, Teixidó J, Barranco MP. Historia de la profesión de matrona. *Ágora de Enfermería*. 2014;18(1):4.
17. World Health Organization. Appropriate Technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
18. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group. *Birth*. 1997;24(2):121-3.
19. International Conference of Midwives. Home Birth Statement. 2017. Accessible a la xarxa [data de consulta: 17-09-2019]. Disponible a: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-home-birth14.pdf>.
20. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. 2015. Accessible a la xarxa [data de consulta: 17-09-2019]. Disponible a: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-08/FIGO%20ETHICAL%20ISSUES%20-%20OCTOBER%202015%20%28003%29.pdf>.
21. European Court of Human Rights. European Court of Human Rights Judgement (5th section), case DUBSKÁ and KREJZOVÁ v. The Czech Republic, 11 December 2014. 28859/11 28473/12 2014. Accessible a la xarxa [data de consulta: 01-09-2019]. Disponible a: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-148632%22%7D>.
22. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002). Accessible a la xarxa [data de consulta: 20-08-2020]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>.
23. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, nº 129, 28/05/2009; 44697-729. Accessible a la xarxa [data de consulta: 20-08-2020]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas/1349>.
24. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Babies During Childbirth. RCOG Press. 2014 (NICE Clinical Guideline nº 190). Accessible a la xarxa [data de consulta: 05-09-2019]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
25. Henshall C, Taylor B, Kenyon S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):53.
26. Henshall C, Taylor B, Goodwin L, Farre A, Jones ME, Kenyon S. Improving the quality and content of midwives' discussions with low-risk women about their options for place of birth: Co-production and evaluation of an intervention package. *Midwifery*. 2018;59:118-26.
27. Downe S, Finlayson K, Tunçalp, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*. 2016;123(4):529-39.
28. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. 28;4:CD004667.
29. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! N°WA 540.1 95WO 2005-3. Accessible a la xarxa [data de consulta: 17-09-2019]. Disponible a: <https://www.who.int/whr/2005/en/>.
30. Downe S, Gyle G. Hospital is the best place for all women to give birth. *British Journal of Midwifery*. 2007;15(3):156-7.
31. Lennon SL. Risk perception in pregnancy: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;1;72(9):2016-29.
32. Plested M. Freebirth in pursuit of normal birth – a quest for a salutogenic framework? *Essentially MIDIRS*. 2014;5(10):16-9.
33. Rothman BK. *Pregnancy, birth and risk: An introduction*. Health, Risk and Society. Routledge. 2014;16(1):1-6.
34. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*. 2018; 17;13(4):e0194906.
35. 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.
36. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(8):CD000012.
37. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6;7(7):CD003766.
38. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(12): CD012449.
39. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*. 2018;62:220-9.
40. Alex Bollen. Supporting women in the transition to motherhood : a research overview. NCT's journal on preparing parents for birth and early parenthood. 2015;26:16-20.
41. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework . *Psychol Med*. 2016 Apr;46(6):1121-34.
42. Quigley C, Taut C, Zigman T, Gallagher L, Campbell H, Zgaga L. Association between home birth and breast feeding outcomes: A cross-sectional study in 28 125 mother-infant pairs from Ireland and the UK. *BMJ Open*. 2016;1;6(8):1-11.
43. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. 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. *BMJ*. 2012;344:e2292.
44. Smith V, Devane D, Murphy-Lawless J. Risk in Maternity Care: A Concept Analysis. *Int J Childbirth*. 2012;2(2):126-35.
45. Kooy J, Birnie E, Denktas S, Steegers EA., Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: Mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):177.
46. Nove A, Berrington A, Matthews Z. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:130.
47. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;222:102-8.
48. Alcaraz Vidal L, Casadevall Castañé L, Díaz-Maroto S. Guía de asistencia al parto en casa. 2018. Accessible a la xarxa [data de consulta: 20-08-2020]. Disponible a: http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf.
49. Vedam S, Leeman L, Cheyney M, Fisher TJ, Myers S, Low LK, et al. Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration. *J Midwifery Womens Health*.;59(6):624-34.
50. Home Birth Summit. Best Practice Guidelines: Transfer from Planned Home Birth to Hospital. 2013. Accessible a la xarxa [data de consulta: 24-10-2020]. Disponible a: https://www.homebirthsummit.org/wp-content/uploads/2014/03/HomeBirthSummit_BestPracticeTransfer-Guidelines.pdf.
51. COIB. Guía de Asistencia del Parto en Casa. 2010. Accessible a la xarxa [data de consulta: 24-10-2020]. Disponible a: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/bd90c521-69c2-4c62-812-b-64cf04347a43>.
52. Illich I. *La convivencialidad* (1a ed.). Barcelona: Barral Editores;1974.