

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

Informe 1° Relevamiento de Parto Planificado en Domicilio

Las estadísticas a continuación expuestas son el resultado del “**Relevamiento al Parto Planificado en Domicilio**” de la **Asamblea por el Derecho a Elegir**.

Se trata de un formulario online que circuló en las redes sociales a partir del 2012 y el cual tenía como “premisas y condicionantes” tratarse de: un parto planificado en domicilio, en Argentina y que haya sido asistido por profesionales de la salud.

El siguiente análisis se realiza sobre los porcentajes arrojados y las variables disponibles. Es importante aclarar que la presente estadística se elaboró en base a la experiencia de las mujeres.

La importancia de este relevamiento radica no solo en la necesidad de defender el derecho de las mujeres a elegir cómo, dónde y con quién parir y de mostrar en números reales la seguridad y viabilidad del modelo, sino que sobre todo da cuenta de la necesidad de transformar el sistema de atención perinatal institucional.

Los resultados obtenidos en este relevamiento en cuanto a bienestar materno-fetal no están ligados al escenario sino al modelo de atención, el cual tiene como ejes fundamentales el respeto por la fisiología, la no intervención de manera rutinaria y ante todo el respeto por las decisiones informadas de la persona gestante.

Bases sobre las que hay que leer este informe:

El parto planificado en domicilio es un modelo de atención médico, no se trata de un movimiento anti-ciencia o anti institución, por el contrario se basa en la evidencia médica y científica disponible y actualizada.

Es un modelo pensado para mujeres que cursen un embarazo de bajo riesgo y que implica asistencia profesional, la cual se establece desde el seguimiento durante la gestación, la atención del trabajo de parto y parto, la recepción del recién nacido y los cuidados posparto sobre la diada. Son factores determinantes a la hora de garantizar que dichos parámetros sean observados y evaluados en su real magnitud.

Perfil de las encuestadas:

- * Total de encuestas válidas: 1501
- * Semana promedio de gestación (al inicio espontáneo del trabajo de parto): 39.5
- * Edad promedio: 31,4 años
- * Esta encuesta corresponde al:
 - Primer parto: 50.8%
 - Segundo parto 36.7%
 - Tercer parto: 11%
 - Cuarto o más: 1.5%

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

Ubicación:

- * Caba: 42%
- * Prov. Buenos Aires: 26.7%
- * Córdoba: 16%
- * Santa Fe: 6%
- * Río Negro: 2.5%
- * Mendoza: 2%
- * Chubut y Tucumán: 0.8% respectivamente
- * Entre Ríos, Neuquén y San Luis: 0.6% respectivamente
- * Jujuy, Salta, Misiones, San Juan, Catamarca, Formosa y Tierra del fuego: 4% en total

División por año:

El primer parto registrado en el relevamiento corresponde al año **1937** en Córdoba, asistido por parteras. Se trata de un dato que corrobora que el parto planificado en domicilio no responde a una moda, se trata de una opción que siempre ha existido y que por supuesto al igual que la atención institucional ha ido variando y perfeccionándose.

- * Entre 1937 y 1970: 0.8% de los nacimientos registrados (todos asistidos por parteras)
- * Entre 1971 y 2000: 5% de los nacimientos
- * Entre 2001 y 2016: 94.2% de los nacimientos

Cobertura del PPD por parte de las Prestadores de Salud de las mujeres encuestadas:

- * Prepaga: 31% No cubrió: 59,2% Cubrió Parcialmente: 36,5% Cubrió: 4,3%
- * O. Social: 45% No cubrió: 86,6% Cubrió Parcialmente: 8,9% Cubrió: 4,5%
- * Sin Cobertura alguna: 24%

Los porcentajes aquí expuestos hablan del no reconocimiento desde las distintas coberturas de salud existentes el parto planificado en domicilio, como un servicio asistencial al cual deberían acceder las usuarias de dichas coberturas.

Un Modelo de Atención que Preserva el Bienestar Materno-fetal

Ante el mito-miedo infundado que siempre prevalece frente al parto planificado en domicilio de si es realmente viable resolver las complicaciones que puedan presentarse (principio de incertidumbre). Los números demuestran no sólo que estas situaciones de presentarse se resuelven ya sea interviniendo en casa o trasladando en tiempo y forma, sino que el modelo de atención preserva el

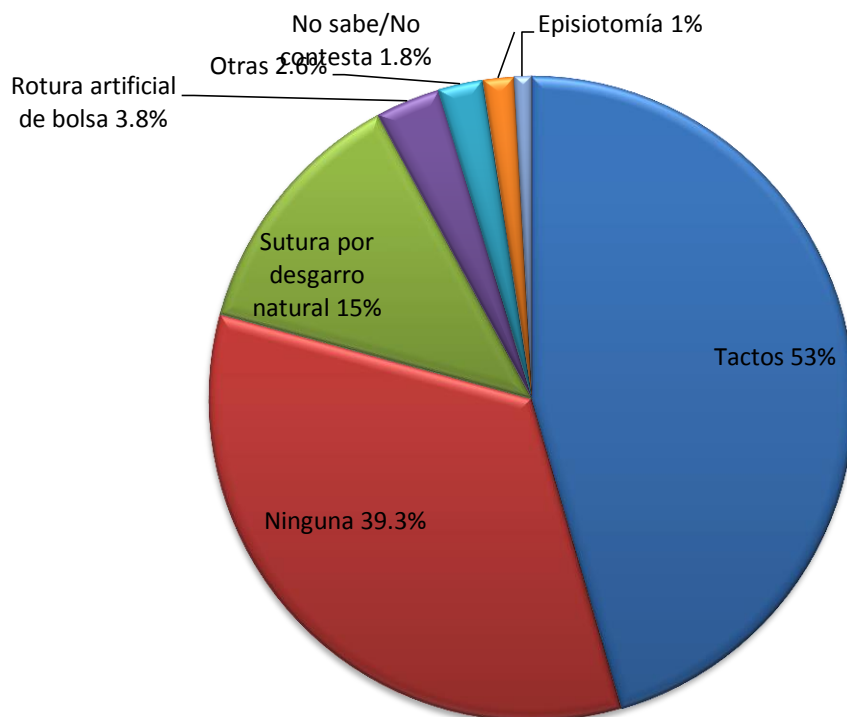
FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

bienestar materno-fetal y la incidencia de las mismas (hemorragias, alteración de latidos fetales, presencia de meconio, insuficiencia respiratoria del/a recién nacido/a, etc) que se reportan con mayor frecuencia en una institución, aquí tienen una incidencia muy baja; siempre hablando obviamente de mujeres con criterios obstétricos similares, es decir bajo riesgo.

Demuestra, por tanto, que no solo hay menores intervenciones sino menor incidencia de complicaciones materno-fetales. Se puede afirmar, entonces que el modelo de parto planificado en domicilio es seguro y además reporta un mayor bienestar materno-fetal durante todo el proceso. Las condiciones son más favorables a la continuidad del estado de salud de la díada madre-bebé.

Intervenciones realizadas en casa:



El bajo índice de intervenciones utilizadas da cuenta de la baja proporción en la que se presentan complicaciones, a este dato podemos agregar también los bajos porcentajes en los que se presentaron complicaciones maternas que ameritaron una atención de mayor complejidad acudiendo a la institución correspondiente (datos que se describen a continuación).

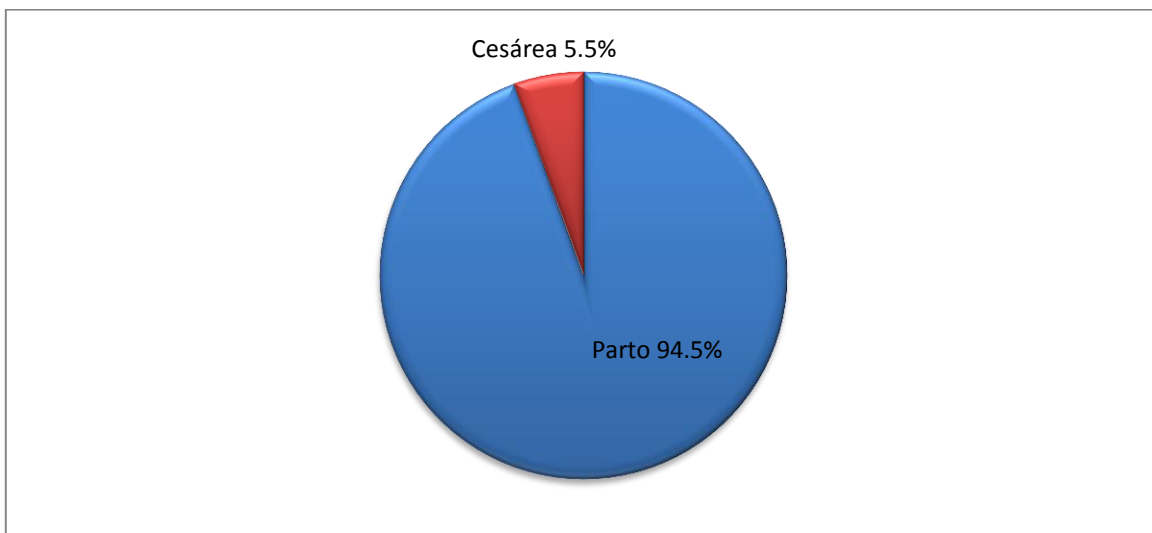
FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

Del total de mujeres que planificaron un parto en domicilio solamente el **2%** presentó situaciones que necesitaron de atención de mayor complejidad, por las siguientes causas:

- * Recibir epidural: 0,2%
- * Descompensación materna anterior al nacimiento: 0,1%
- * Sutura por desgarro materno: 0,3%
- * Retención de placenta: 0,4%
- * Descompensación materna posterior al nacimiento (incluye casos de hemorragia): 0,2%
- * Recomendación del profesional (al no poseer mayor precisión sobre este ítem, no podemos dar cuenta de los motivos de esa recomendación, pero es interesante observar que se trata del porcentaje más alto): 0.9%

Es interesante recalcar también que ante lo que la OMS ha declarado como una “epidemia de cesáreas”, en lo que se refiere a los datos recabados en este relevamiento, nos encontramos con que del total de mujeres que planificaron un parto en domicilio solamente el **5.5%** terminó en **cesárea**.



¿Una Opción Segura para Nacer? *Desarmando Mitos:*

La pregunta más importante que se suele realizar frente a la seguridad del parto planificado en domicilio es justamente lo que a la morbi- mortalidad del/a recién nacido/a se refiere. Por un lado, ante la evidencia médica, científica y social de atención perinatal general que demuestra que a menores intervenciones y medicalización innecesaria sobre la mujer, mayor bienestar del bebé. Podemos intuir que por el bajo índice de intervenciones realizadas sobre la madre vamos a

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

encontrar un mejor reporte de salud del recién nacido, pero además contamos con indicadores particulares que dan cuenta que nacer en casa es también una opción segura:

Test de Apgar:

- * No sabe/no contesta: 24%
- * 76 % de respuestas afirmativas: el Apgar promedio: **9,7**

Del total de nacimientos registrados sólo 2.6% de los bebés presentaron una situación que requirió asistencia de mayor complejidad (traslado), por los siguientes motivos:

- * Alteración de latidos fetales: 0.6%
- * Presencia de meconio: 0.7%
- * Posición del bebé: 0.9%
- * Insuficiencia respiratoria: 0.3%

Cabe destacar que del total de los nacimientos reportados 2 de ellos al ser evaluados detenidamente en el post-parto (el equipo profesional permanece en el domicilio por lo menos 2 horas después del alumbramiento), fueron derivados a consulta por prevención, descubriéndose oportunamente cardiopatías (no severas) habilitando por ende, su atención por los especialistas correspondientes. Lo que da cuenta nuevamente de cómo la continuidad de cuidados y la atención personalizada preserva el bienestar de la mujer y el/la recién nacido/a.

¿Traslados, Ambulancia en la puerta?

Uno de los grandes conflictos del parto planificado en domicilio es justamente la **articulación con la institución**. Más allá de los “mitos urbanos”, como es la necesidad de la ambulancia en la puerta (innecesaria e inviable desde cualquier punto de vista), o de que los traslados son emergencias médicas producto de la negligencia y la mala atención, la realidad referida es que es justamente la entrada a la institución es uno de los puntos de mayor conflicto; pero no por la incidencia, manera y motivos de los traslados, sino producto de los prejuicios y desconocimiento de los profesionales que deben recepcionar dichos traslados. Esta situación coarta la posibilidad de generar una real y fluida atención sanitaria de la/s persona/s trasladada/s y su consecuencia inmediata es una atención prejuiciosa y hasta descalificativa hacia la mujer gestante y/o su bebé por sobre las reales condiciones y necesidades de su ingreso. Con estos datos, nuestro objetivo, además de desarmar mitos infundados, es crear las bases para la construcción de un sistema de articulación fluido entre los modelos existentes de

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

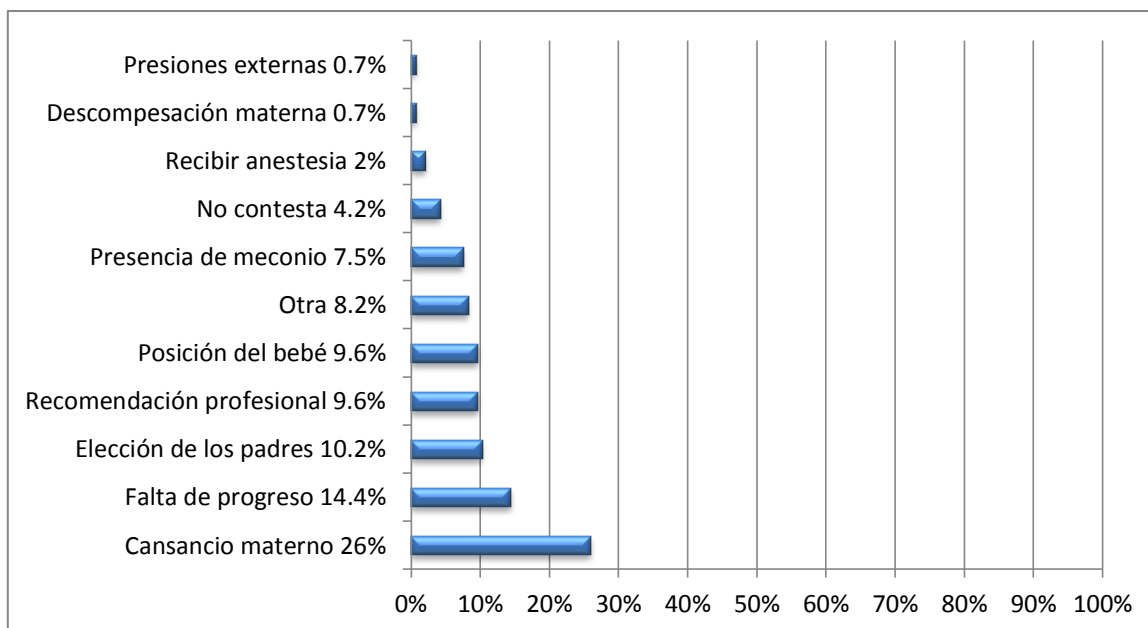
atención al parto-nacimiento que se conjuguen en la correcta y efectiva atención de la salud en todos y cada uno de los ámbitos que esta se desarrolle.



El **12%** de los partos que se planificaron en domicilio requirieron de un traslado, de los cuales:

* **9.7%** fueron **anteriores al nacimiento** y de estos el 53% concluyeron en cesárea (o sea, el **5,5% del total**)

Los motivos referidos para los traslados anteriores al nacimiento fueron:



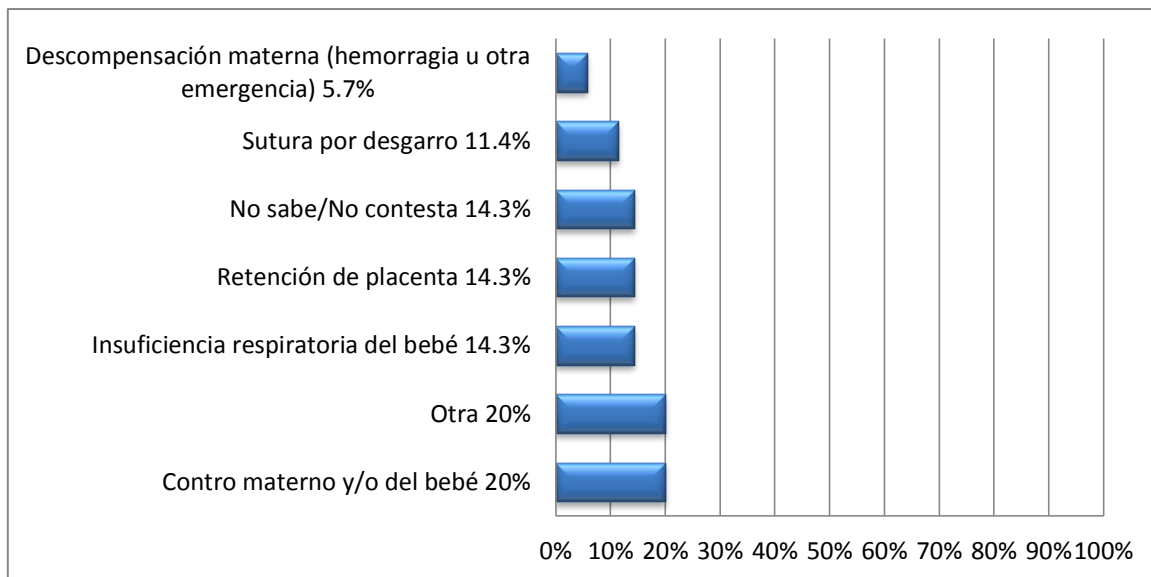
FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

* Reportan una situación de emergencia: 8.2% (0,80% del total)

* **2.3% fueron Posteriores al nacimiento:**

Motivos de los traslados posteriores al nacimiento:



* Reportan una situación de emergencia: 34% (0,78% del total)

Estos datos nos permiten afirmar que la mayoría de los **traslados se realizan en condiciones de salud**, ya sean anteriores o posteriores al nacimiento.

Otra situación contemplada es la posibilidad de necesitar de una **derivación**. Se trata de situaciones donde, aunque la mujer ha planificado un parto en domicilio y en los primeros controles las condiciones obstétricas son favorables, en algún momento del seguimiento del embarazo se detecta alguna patología que hacen inviable el parto en casa o se desencadena un parto prematuro.

* Derivaciones: **0,6%** por causales como inicio de trabajo de parto prematuro, hipertensión materna, desarrollo de diabetes gestacional.

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

Un modelo entre Parteras:

Al tratarse de embarazos y parto de bajo riesgo, el/la profesional recomendado por la mayoría de los organismos internacionales de Salud, (ej: OMS) y reconocido para la asistencia en domicilio es la partera en total autonomía.

Los datos de este relevamiento demuestran que no existen diferencias significativas en términos de incidencia de traslados entre equipos con obstetra presente y equipos de solo parteras que hagan pensar en una mayor capacidad de resolver complicaciones en uno u otro caso. Por otro lado, aunque el índice de intervenciones es realmente bajo en los partos planificados domiciliarios, sí existe una mayor incidencia (que sigue siendo muy baja) a presentar más intervenciones aquellos partos que fueron asistidos por obstetra.

Sobre el Equipo Obstétrico Acompañante:

- * Parteras/os solamente: 58.4%
- * Obstetras y Parteras/os: 29,5%
- * Obstetras solamente: 11.8%
- * Equipos con profesionales distintos a obstetra o partera 0.3%

Otrxs profesionales como parte de equipos con parteras y/u obstetras:

- * Pediatra/neonatólogx: 14.2%
- * Otrxs (enfermerx perinatal, médicx generalista): 6%

Otrxs acompañantes:

- * Doulas: 22%

Traslados según la conformación del Equipo de Salud:

- * Con Obstetras: Anterior al Parto: 11% Posterior al Nacimiento: 1,5%
- * Con Parteras: Anterior al Parto: 9,4% Posterior al Nacimiento: 2,5%

¿Primeriza en casa?

Común (y erróneamente) se suele asociar la elección de un parto planificado en domicilio a una necesidad de la mujer a huir de la violencia obstétrica institucional, esta creencia que pone a los modelos de atención como un vs, un mejor o peor, además de estar infundada en prejuicios y desinformación representa un problema ya que no permite una articulación fluida y oportuna entre la atención domiciliaria y la institución en caso de ser necesaria una derivación o un traslado. Es interesante observar que el mayor porcentaje de los partos planificados en domicilio registrados en esta encuesta (50.8%) son primeros partos, es decir la mujer no “carga” con una experiencia negativa, sin bien obviamente la decisión

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

puede estar mediada por relatos y experiencias de otras mujeres, podríamos pensar que las razones más importantes de esta elección están ligadas a los beneficios que la mujer encuentra en planificar un parto en domicilio y no a las contras de uno institucional. Por su parte ya que la principal causa de traslado anterior al nacimiento es el cansancio materno (26.8%), seguida por la “falta de progreso o trabajo de parto muy prolongado” (13.7%) es lógico suponer que el índice de traslado es mayor en primerizas, dato que corroboramos, pero también podemos decir que no se trata de un aumento excesivo con respecto a las secundigestas. Con lo cual podríamos afirmar que parir en casa siendo primeriza es también una opción viable y segura. Por otro lado la presencia de un mayoría de primigestas en función al índice de uso de intervenciones desmitifica lo que parece ser un mandato institucional: al ser primeriza es mayor la necesidad de uso de ciertas intervenciones (episiotomía, uso de oxitocina, peridural, por ejemplo)

* 1º Parto (50,8%)	Se trasladó el 12% (6,1% del total)	PV: 52% (3,2% del total) Cesárea: 48% (2,9% del total)
* 2º Parto (36,7%)	Se trasladó el 8% (2,9% del total)	PV: 46% (1,33% del total) Cesárea: 54% (1,56% del total)
* 3º Parto (11%)	Se trasladó el 4,9% (0,54% del total)	PV: 50% (0,27% del total) Cesárea: 50% (0,27 del total)
* 4º Parto o más (1.5%)	No registraron Traslados.	

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

Parto vaginal después de cesárea (PVDC) ¿En casa?

Si bien, sólo el 14% de las mujeres relevadas tenían una cesárea previa, los datos arrojados en este relevamiento, muestran que planificar un PVDC en casa no sólo es seguro sino que existe una alta posibilidad de lograrlo, **87.4%** de las mujeres que planificaron un PVDC parieron. Sólo el **12.6%** de las mujeres que planificaron un PVDC necesitaron de una nueva cesárea.

Frente al gran miedo del PVDC, la rotura uterina, si bien el índice de traslado es superior al resto de variables consideradas (17.5%) **en ningún caso se reportó la rotura uterina** como motivo (la razón más común fue cansancio materno y en mucha menor medida la falta de progresión en el trabajo de parto y presencia de meconio en el líquido amniótico).

Por otro lado y mucho más teniendo en cuenta las causales de los traslados, sería interesante profundizar en las razones subyacentes por las que de las mujeres con cesárea previa que precisaron un traslado sólo el 28% de ellas parió en la institución, frente a un 72% que tuvo una nueva cesárea, la pregunta sería cuántas de ellas necesitaron médicamente la cesárea y cuantas fueron condenadas a ella por tener una cesárea anterior (Mito: una vez cesárea siempre cesárea)

Conclusiones:

Más allá del escenario del parto, lo que este modelo pone en evidencia es la inmensa diferencia de criterios adoptados por parte de la comunidad sanitaria institucional tanto en lo conceptual, como en la práctica. ¿Qué significa un embarazo y partos sanos? ¿Cómo se aborda y acompaña desde el/la profesional ese proceso? ¿Cuáles serían los parámetros de acción o expectativa entendiendo el proceso de parto? ¿Tiempos? ¿Conducción del mismo? ¿Escucha y empatía como marco de tranquilidad-intimidad, etc. a la mujer gestante?

Definitivamente nuestra aspiración es construir un paradigma de atención, sin importar el escenario del mismo, basado en la apabullante evidencia científica, como parámetros integrales de salud, dejando de lado los criterios mercantilistas, poco éticos y hasta riesgosos que hoy se manejan dentro del sistema médico hegemónico.

Es, además, un dato no menor que el sistema se encuentra en crisis y absolutamente colapsado, vulnerando derechos en el más amplio sentido de los mismos.

Es por ello que nuestra labor no se centraliza en la discusión mediática y hasta oportunista del Parto en Casa vs. Parto Institucional sino en visibilizar un modelo de atención de la salud perinatal integral, completo y respetuoso de los derechos

FORTALEZA '85

SALUD PERINATAL Y SUS DERECHOS

de salud de la población, que por supuesto incluye el derecho adquirido a elegir cómo, dónde y con quién parir.

Como sociedad tenemos el compromiso de construir un modelo de atención que respete el ejercicio pleno de los derechos humanos sin que el ámbito donde el nacimiento se desarrolle modifique o cercene los mismos.

Es imperativo abrir todos los espacios que sean necesarios para escuchar las distintas voces y experiencias, para encontrar el camino del consenso sin discriminación alguna, libre de presupuestos y/o prejuicios arbitrarios. En ese sentido el parto planificado en domicilio como modelo existente, tiene muchos aportes y aciertos para brindar en esta construcción.

La pregunta profunda y urgente que cómo sociedad tenemos que hacernos es: cómo queremos atravesar el proceso del embarazo, parto y nacimiento, con todas las implicaciones que ese hecho trae a futuro, tanto en el bienestar físico, emocional y psicológico, como social y cultural. Es un desafío impostergable.

Agradecemos a las 1501 mujeres y sus familias que completaron la encuesta haciendo posible este trabajo y a Leonor Doderó, Gabriela González Collins y Delfina Medeot por su inmensa y desinteresada labor.