



Por un niño  
sano en un  
mundo mejor

# Sociedad Argentina de Pediatría

MIEMBRO de la ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PEDIATRÍA y de la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

---

## En relación a la propuesta de ley de Casas de Parto

El Modelo de Maternidades Seguras y centradas en la Familia es un paradigma de atención perinatal, cuya cultura organizacional reconoce como protagonistas a los recién nacidos, las madres, los padres y las familias. La seguridad de la atención en el Modelo es una prioridad (1)

Lo que la propuesta de Ley enuncia es todo lo que debe ser desarrollado en una Maternidad Segura y Centrada en la Familia equipada con Salas de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (TPR). Nacer fuera de las Instituciones no es ganar derechos, es perderlos. Perder el derecho a permanecer vivos o a vivir sin perder calidad de vida. La comprensión de la enorme vulnerabilidad del momento de nacer, y en ciertas ocasiones de parir, requiere de la seguridad que la Institución, equipada con los recursos humanos y tecnológicos adecuados, banco de sangre, quirófano y anestesista para la urgencia, terapia intensiva neonatal y de adultos, puede proporcionar a las personas gestantes y a sus hijos e hijas de manera oportuna (2)

Esta propuesta de ley busca crear Centros de salud a cargo de licenciadas en obstetricia para partos de bajo riesgo. No define quienes se encargarían de las distintas instancias posteriores al parto, incluyendo recepción del recién nacido, seguimiento, lactancia y crianza. No se hace referencia a la presencia de personal médico, que pudiera ser necesario. En el libro, *"The medicalization of birth and death"* de Lauren Hall, la autora, si bien critica con fundamentos el sistema de salud de EEUU, deja clara la diferencia entre medicalización y sobre-tratamiento. Creemos importante no confundir estos términos. Los beneficios de los avances del cuidado perinatal son innegables. El nacimiento implica cambios complejos en la fisiología de la transición, con potenciales complicaciones. En una época en la que algunos proponen volver a "respetar la naturaleza" y no intervenir en el nacimiento de un ser humano, vale mencionar que evaluaciones serias estiman que aproximadamente del 20% al 25% de los nacimientos humanos, a lo largo de la historia evolutiva, terminarían en muerte materna o fetal. Hacia mediados del siglo XX se reportó un 30% de mortalidad materna entre los indios Kuna de Panamá asociado con la cultura de manejo del parto solamente con prácticas tradicionales (3). Esto no justifica, por supuesto, realizar intervenciones cuando ellas no tienen una indicación basada en riesgos o en deseos de la persona gestante, pero es una muestra clara de la falacia naturalista (o el sesgo cognitivo de pensar que lo natural es inherentemente bueno y lo "no natural", inherentemente malo). En palabras del eticista Diego Gracia "Lo que a la postre se busca siempre es caminar en sentido contrario a la falacia naturalista, y por tanto no buscar el fundamento del "debe" en el "es", sino, por el contrario, derivar él "es" del "debe" (4).

Las salas TPR son el medio para facilitar la des-medicalización del parto de bajo riesgo. Los partos a término y de bajo riesgo constituyen la mayoría de los nacimientos en Argentina. Toda violencia debe ser erradicada del cuidado perinatal. Los tratamientos innecesarios, también. Todo acto médico debe ser humanizado por definición. La manera adecuada de proceder con las personas embarazadas es bien conocida. Hay que cumplir las normas recomendadas de la atención perinatal en base a las mejores prácticas.

Propiciar el parto domiciliario (o esto, que parece ser similar) en nuestro país es muy riesgoso. Creemos que lo que corresponde es hacer bien lo que se sabe que hay que hacer: control prenatal correcto y minucioso, parto por la vía que corresponda, contacto piel a piel postnatal, lactancia materna, educación sobre sueño seguro, internación conjunta del binomio, correcto seguimiento del recién nacido y existencia de pocos centros regionalizados para los embarazos de alto riesgo. Creemos que el énfasis debería estar puesto en trabajar para corregir lo que corresponda en los Centros existentes y no crear nuevos que pueden ser riesgosos para la salud y la vida de los recién nacidos. Es importante conocer que no toda complicación obstétrica es previsible. Un estudio en Sudan reportó que de todos los embarazos de bajo riesgo, un 12,5% tuvo complicaciones obstétricas y neonatales graves (5). Otro estudio que examinó 10.458.616 embarazos en EEUU, mostró que el 29% de los de bajo riesgo tenían complicaciones que requirieron atención obstétrica o neonatal no rutinaria (6). Dada la imprevisibilidad de muchos eventos adversos obstétricos y neonatales, el escenario más seguro es el Modelo de Maternidades Centradas en la Familia, con salas TPR que garanticen todos los derechos de las personas gestantes, sus recién nacidos y sus familias, pero en un marco seguro para todas las situaciones imprevistas posibles. La evaluación del riesgo no es una medida única sino un procedimiento continuo durante el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden hacerse evidentes complicaciones que indiquen la necesidad de transferir a la mujer a un nivel superior de cuidado (7).

Las mujeres embarazadas de “menor riesgo” con partos domiciliarios planificados tienen menores intervenciones pero tasas de mortalidad neonatal 4 veces mayores en comparación con los partos en hospitales (8). El aumento de las tasas de mortalidad perinatal en los partos domiciliarios planificados en los EEUU se debe probablemente a una selección inadecuada de candidatas (en función del perfil de riesgo), a la inadecuada formación de quienes atienden algunos partos, y a deficiencias en el sistema de traslado al hospital desde un parto domiciliario. Si bien hay controversia en los resultados entre varios estudios comparando desenlaces neonatales entre partos domiciliarios y hospitalarios, no podemos dejar de citar un meta análisis que encontró una mortalidad neonatal significativamente mayor en el grupo de partos domiciliarios (9).

Se considera que una institución promueve un parto seguro y centrado en la familia cuando el equipo de salud responsable de su realización practica el parto evitando medicalización innecesaria y basado en el uso de intervenciones beneficiosas —avaladas por la mejor evidencia disponible— teniendo en cuenta, no solo las necesidades biológicas, sino también las necesidades sociales y culturales de las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias (1).

En el manual de Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque Intercultural, están explicitados los Pasos para la implementación del Modelo; el Paso 3 es “Respetar las decisiones de las embarazadas y sus familias en el trabajo de parto y parto” (1). Para ello, permitir la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y en el parto, tanto normal como patológico, sea este un familiar o partera empírica, sanadora tradicional o agente espiritual; alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos (té, infusión de hierbas), posiciones (vertical, horizontal, en cuclillas) y tiempos en el parto, proveyendo la infraestructura y mobiliario mínimo que lo haga posible; estimular la lactancia precoz y el vínculo temprano madre-hijo o hija.

El principio básico es que la gestante pasa a ser el centro de la asistencia. Eso implica que la gestante participa activamente en el control del parto y tiene la posibilidad de decidir sobre algunos aspectos, basándose en sus propias necesidades, derivadas de sus concepciones éticas, culturales, sociales y familiares de acuerdo a los lineamientos de la Ley 25.929. Para optimizar el cuidado de la gestante, es fundamental la evaluación individual del embarazo y del parto lo que permite adecuar la vigilancia intraparto de acuerdo con el riesgo.

Quienes asistan a una embarazada durante su trabajo de parto y parto, deben estar preparados para intervenir oportuna, efectiva y rápidamente pero también deben ser conscientes de que no deben interferir en este transcurrir de un fenómeno humano cuando no es necesario, respetando la dignidad y la intimidad de la mujer.(10) Entre los dos extremos no deseados (exponer a riesgos innecesarios y proveer cuidados inadecuados), debemos construir consenso para ofrecer a las familias nacimientos respetuosos, cuidados, seguros y centrados en la familia. Subrayamos la importancia de respetar al binomio madre-hijo, promoviendo los beneficios de un contacto piel a piel temprano siempre que sea posible. En caso que el recién nacido requiera reanimación neonatal, ésta debe ser llevada a cabo por personal con certificación en reanimación a través de la aprobación del curso teórico práctico de reanimación neonatal de la SAP.

El objetivo del cuidado durante el parto normal es “asegurar la salud de la madre y su hijo con el menor nivel posible de intervención compatible con la seguridad de ambos. Esta aproximación implica que en un parto normal debe existir una razón válida para interferir en el proceso natural” (11). En las Instituciones es necesario aplicar las recomendaciones internacionales correspondientes para cumplir con los parámetros de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, cumplir los objetivos del trabajo de parto y parto con las mínimas intervenciones posibles y las mejores tasas de satisfacción y equipar a las Maternidades y centros Obstétricos de todas las Instituciones con salas TPR (12).

En un trabajo que se realizó en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires adheridos a la iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, el diagnóstico de la cultura organizacional demostró que falta consolidar el compromiso con la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia y que la evaluación del liderazgo no es integral. La sobrecarga de trabajo y las fallas de comunicación son las más importantes fuentes de conflicto (13). Es necesario trabajar en estos

aspectos y en lograr tener los espacios adecuados con salas TPR en todos los centros en los que se producen nacimientos.

Larguia y col., en el manual de Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque Intercultural (1), mencionan los elementos clave para brindar apoyo durante el trabajo de parto y el parto, sobre los que habría que trabajar para que estén garantizados en todas las Instituciones del país:

- Tener una política institucional que favorezca el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.
- Informar a las mujeres durante el control prenatal sobre el derecho a ser acompañadas durante el trabajo de parto y el parto.
- Respetar los deseos de la mujer, incluidas las posturas preferidas durante el trabajo de parto y el parto.
- Mantener una actitud positiva y respetuosa desde el equipo de salud hacia el acompañante.

La Academia Estadounidense de Pediatría desaconseja el parto domiciliario por los riesgos aumentados de para la vida y la salud del recién nacido y establece las consideraciones que deben atenderse en caso que se acuerde realizar uno (14). En un reciente artículo de la Asociación Española de Pediatría, los autores concluyen que con la actual estructura sanitaria española, no se puede recomendar el parto domiciliario en España (15). Hacen hincapié en que el sistema sanitario precisa de espacios respetuosos con la mujer gestante y el proceso del parto, que eviten la medicalización excesiva del mismo, pero que a su vez ofrezcan garantías de plena seguridad para la madre y el niño. Todo esto lleva un proceso organizado, ya que es necesario que se dote de los suficientes medios materiales, que el parto sea atendido por profesionales formados y acreditados, y que se encuentre perfectamente coordinado con las unidades de obstetricia y neonatología hospitalarias.

Se afirma repetidamente que los partos domiciliarios de bajo riesgo tienen buenos resultados, citando evidencia internacional de países con sistemas bien integrados como Inglaterra, los Países Bajos, Alemania y Australia, que sugieren que no hay aumento en la morbilidad o mortalidad neonatal para partos planificados en los hogares en personas de bajo riesgo (16,17). En estos sitios, además de haber establecido estrictas pautas de selección de pacientes, se cuenta con personal acreditado con exigentes certificaciones (y re-certificaciones), con un sistema de traslados óptimo y existe integración con el sistema hospitalario.

Argentina cuenta con un marco legal para esta modalidad de trabajo y proteger los derechos de los recién nacidos y sus familias. Los esfuerzos deberían dirigirse a moderar la oferta de acciones médicas, oportunas y basadas en la evidencia y generar el espacio adecuado, las salas TPR, en todas las Maternidades.

## Bibliografía

- 1.- Larguía M, González MA, Solana C, Basualdo MN, et al. Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. 2.da ed. Buenos Aires: UNICEF, 2012. [Acceso: 15 de Septiembre de 2020]. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF\\_2ed\\_web.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF_2ed_web.pdf)
- 2.- Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 28/2012. Sistema Argentino de Información Jurídica: [www.infojus.gov.ar](http://www.infojus.gov.ar).
- 3.- Weiner S, Monge J, Mann A. Bipedalism and Parturition: an Evolutionary Imperative for Cesarean Delivery? *Clin Perinatol* 35 (2008) 469–478
- 4.- Gracia D. Fundamentos de Bioética. 2da edición. Ed Triacastella. Madrid, 2007, p333
- 5.- Mohamed Alkhatim Alsammani, Khalid Nasralla, Sumeya A. Khieri, Zaheera Saadia, Mohamed Abdelgadir Shaaeldin, Ali Osman Ali. Intrapartum Fetal and Maternal Complications in Low-Risk Pregnancy: Experience of a Tertiary Hospital in Low-Income Countries. *Maced J Med Sci*. 2019 Jun 30; 7(12): 1979–1983
- 6.- Valery A, Danilack MPH, PhD, Anthony P Nunes, MS, PhD, Maureen G, Phipps MD, MPH. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212 (6): 809.e1–809.e6
- 7.- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
- 8.- Grunebaum A, McCullough LB, Orosz B, et al. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant. *Am J Obstet Gynecol* 2020;223:254.e1-8.
- 9.- Joseph R Wax, F Lee Lucas, Maryanne Lamont, Michael G Pinette, Angelina Cartin, Jacquelyn Blackstone. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010 Sep;203(3): 243.e1-8
- 10.- OMS. Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 1999,18 (2) 78-80.
- 11.- Cáceres D, Gimenez M, Veiga M, et al. Manejo del Trabajo de Parto de bajo riesgo, de término. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2019; 2 (4).
- 12.- Servicio de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia y Neonatología. Asistencia al parto de Bajo Riesgo de la Gestante en sala de Partos. 2011. Obtenido de <http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/Parto-Natural.pdf>.
- 13.- Ramos S, Romero M, Ortiz Z, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. *Arch Arg de Ped* 2015; 113 (6): 510-518.

14.- Kristi Watterberg and COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Providing Care for Infants Born at Home. Pediatrics 2020; 145 (5):e20200626

15.- Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, Pérez-Muñuzuri A, Couce ML; en representación del Comité de Estándares, Sociedad Española de Neonatología. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. An Pediatr (Barc). 2020 Aug 13: S1695-4033(20)30151-X. En imprenta

16.- Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, 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.

17.- Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000e2012: a linked population data study. BMJ Open 2019;9: e029192.