



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

CÁMARA DE DIPUTADOS	
COMISIÓN DE MOVIMIENTO	
24 MAY 2024	
Recibido.....	Hs. 136
Exp. N°.....	53812..... C.D.

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

SANCIONA CON FUERZA DE

LEY:

REGULACIÓN DE LOS PARTOS

PLANIFICADOS EN DOMICILIO

CAPÍTULO I

OBJETO Y DEFINICIONES

ARTÍCULO 1.- Objeto. El objeto de la presente ley es regular las condiciones en las cuales deben llevarse adelante los partos planificados en domicilios particulares en vistas a garantizar un marco de protección y seguridad a la persona gestante, a la persona naciente, a la/s persona/s acompañante/s, al equipo de salud interviniente y a la institución de referencia.

ARTÍCULO 2.- Equipo de salud. El equipo de salud interviniente debe estar conformado por dos (2) profesionales de las siguientes disciplinas: Licenciada/o en Obstetricia u obstétrico/a o médico/a generalista. Asimismo, debe integrarlo un/a enfermero/a especializado/a en obstetricia o partera.

ARTÍCULO 3.- Factores determinantes. Son factores determinantes para que un parto puede llevarse adelante en un domicilio particular, la existencia de:

1. **El bajo riesgo obstétrico.** El mismo debe ser determinado por los/as profesionales del equipo interviniente y deben ser tenidos en cuenta para ello los antecedentes personales, gineco-obstétricos y socio-familiares de la persona gestante y la evolución de la gestación.
2. **Una institución de salud de referencia** a la cual acudir en caso de requerirse un traslado o derivación. A esta institución de salud se debe acudir ante la detección de una situación obstétrica o neonatal que requiera atención médica de mayor complejidad. La institución debe ser explicitada en el "Plan de Traslado".

Año 2024

General López 3055 – (S3000DCO) – Santa Fe – República Argentina



ARTÍCULO 4.- Requisitos. Son requisitos básicos para un parto planificado en domicilio:

1. **La elaboración previa de un Plan de Traslado.** El mismo debe realizarse de acuerdo a lo establecido por el Capítulo III.
2. **El seguimiento gestacional y los controles prenatales previos.** Durante la gestación se deben hacer un mínimo de cuatro (4) controles, siendo uno de ellos al menos en el domicilio particular donde ocurrirá el parto.
3. **La valoración del Domicilio.** La misma debe ser realizada por los/as profesionales del equipo de salud y tiene como objetivo corroborar que el lugar en donde va a ocurrir el parto reúne las condiciones necesarias para ello. El domicilio particular debe:
 - i. Estar a menos de treinta (30) minutos de tiempo de viaje hasta la institución de salud elegida para un posible traslado o derivación.
 - ii. Tener acceso adecuado para el ingreso de vehículos.
 - iii. Tener agua corriente limpia y electricidad.
 - iv. Contar con condiciones de limpieza e higiene.

ARTÍCULO 4 Bis.- Los requisitos mencionados en el artículo 4 son condiciones mínimas indispensables y de ningún modo excluyentes del derecho de la persona gestante a elaborar un plan de parto, en acuerdo con el equipo de salud interviniente y en el marco de la Ley Nacional de Parto Humanizado (Ley n° 25929), su adhesión provincial (Ley n° 13634) y la Ley Provincial de "Derecho de Acompañamiento para embarazadas" (Ley n° 12443).

ARTÍCULO 5.- La persona gestante que tenga alguna patología previa a la gestación y/o posea algún tipo de discapacidad que no modifique por ello el registro de bajo riesgo obstétrico de la gestación, podrá llevar adelante su parto en domicilio particular de cumplir con los factores determinantes y los requisitos para ello.

CAPÍTULO II

MODELO DE ATENCIÓN

ARTÍCULO 6.- Alcance de la atención y asistencia. La atención y la asistencia de un parto en domicilio particular incluye:

1. Los controles prepartos y el seguimiento de la gestación.
2. La asistencia durante el trabajo de parto y el parto.



3. La recepción de la persona naciente, haciéndole un examen físico completo.
4. La permanencia en el lugar del parto un mínimo de dos (2) horas después del alumbramiento para garantizar el óptimo estado de salud de la persona puérpera y de la persona recién nacida.
5. La continuidad de la atención hasta finalizar el proceso de parto/nacimiento en caso de traslado a una institución de salud.
6. Los cuidados durante el posparto inmediato y hasta las seis (6) semanas siguientes, tanto de la persona puérpera, como de la persona recién nacida.

ARTÍCULO 7.- Canales de Comunicación. Los/as profesionales del equipo de salud debe acordar canales de comunicación estables con la persona gestante y la persona acompañante, asegurándose de que saben cómo ponerse en contacto, en caso de así requerirlo.

ARTÍCULO 8.- Equipamiento, insumos y habilidades. El equipo de salud interviniente debe contar con el equipamiento y los insumos necesarios, los cuales deberán estar presentes al momento del parto en condiciones adecuadas de mantenimiento y control para su uso, además de ser utilizados de forma eficiente y segura. Puntualmente, debe contar con: estetoscopio fetal y/o detector fetal, elementos para el control de los signos vitales (tensiómetro, termómetro), sueros, hemostatos (expansores de volumen-ringer lactato, haemassel) y elementos para venoclisis, caja de partos esterilizada con el siguiente instrumental: tijera, pinzas kocher, porta-aguja, pinza de mano izquierda; instrumental de sutura (anestesia local, agujas montadas, jeringa y agujas de diferentes medidas, equipo de reanimación neonatal-bolsa y máscara, tubo de oxígeno y máscara de adultos, balanza portátil para el bebé, clamps (broches) par ligadura del cordón umbilical, guantes estériles, sonda vesical, tubos para muestras de sangre de cordón umbilical (para grupo y factor y estudio de sífilis), drogas que promuevan la retracción uterina, profilaxis para ojos (eritromicina), vitamina K.

El equipo de salud debe capacitarse en reanimación neonatal cada 2 años.

ARTÍCULO 9.- Visitas posparto. Los/as profesionales del equipo de salud deben realizar un mínimo de dos (2) visitas después del parto para evaluar la condición de la persona puérpera y de la persona nacida. Una de ellas debe ser realizada a las veinticuatro (24) horas del parto. En estas visitas, se ocupará de corroborar la recuperación y bienestar de la persona puérpera y de la persona nacida, realizar tareas de prevención y tratamiento de complicaciones leves, realizar tareas de asesoramiento en lactancia materna, puericultura y planificación familiar.



ARTÍCULO 10.- Guardias pasivas. Los/as profesionales del equipo de salud deben garantizar una guardia pasiva durante las seis (6) semanas posteriores al parto, dejando habilitados los canales de comunicación establecidos anteriormente.

CAPÍTULO III

PLAN DE TRASLADO

ARTÍCULO 11.- Concepto. El Plan de Traslado es uno de los requisitos básicos para que pueda tener lugar un parto en domicilio particular. El mismo consiste en la determinación de una institución de salud de referencia, pública o privada, e implica la correcta articulación con la misma.

ARTÍCULO 12.- Institución de referencia. La institución de referencia tiene la obligación de habilitar y garantizar la recepción de la persona gestante y/o de la persona recién nacida en situación de traslado, así como su óptima atención.

ARTÍCULO 13.- Notificación. La institución de salud de referencia debe ser informada previamente al parto de que forma parte del Plan de Traslado de la persona que va a tener un parto en domicilio particular. Esta notificación se debe realizar mediante la entrega de una carta dirigida al director de la institución, con fecha probable de parto y con los datos que la autoridad de aplicación determine. Al momento de la entrega, la institución debe extender un comprobante de que esa documentación fue recibida.

ARTÍCULO 14.- Evaluación de la situación de urgencia/emergencia. Cuando el equipo de salud que se encuentra asistiendo un parto en un domicilio particular determina la necesidad de un traslado, debe evaluar el grado de urgencia/emergencia. El traslado se debe realizar a la institución de salud de referencia, salvo que el factor de riesgo indique la necesidad de mayor complejidad en la atención de la situación obstétrica o neonatal que la que dicha institución posee. En este caso, el traslado debe ser realizado a la institución de salud de alta complejidad y/o especializada más cercana al domicilio particular.

ARTÍCULO 15.- Comunicación con la institución de referencia. Si el traslado es motivado por una situación obstétrica o neonatal de medio o alto riesgo, se debe establecer una comunicación telefónica con la institución de salud para avisar el próximo arribo y detallar brevemente la situación.

ARTÍCULO 16.- Traslado. Al momento del traslado, al menos, uno/a de los/as profesionales intervinientes debe acompañar a la persona gestante y

4

Año 2024

General López 3055 – (S3000DCO) – Santa Fe – República Argentina



a la persona naciente en el vehículo para continuar con la asistencia hasta llegar a la institución de salud. También está habilitada para ir en el vehículo la persona acompañante.

ARTÍCULO 17.- Vehículo de traslado. Dependiendo del grado de urgencia que motiva el traslado, este puede realizarse en distintos tipos de vehículos:

1. **Traslado de bajo riesgo.** Si el traslado es motivado por decisión de la persona gestante o por un motivo obstétrico o neonatal de bajo riesgo en el que se puede garantizar la seguridad de la persona gestante y/o de la/s persona/s naciente/s, se puede efectuar el mismo en un auto particular, uno contratado o en una ambulancia.
2. **Traslado de medio o alto riesgo.** Si el traslado es motivado por una situación de urgencia obstétrica o neonatal en donde corren riesgo la persona gestante y/o la/s persona/s naciente/s, se debe solicitar inmediatamente una ambulancia equipada para contener la situación hasta la llegada a la institución de salud.

ARTÍCULO 18.- Recepción. Al arribar a la institución de salud, el/la médico/a o profesional de la obstetricia debe informar al equipo profesional de la institución que realiza la recepción sobre la situación obstétrica o neonatal y entregar la historia clínica de la persona gestante, en donde se encuentra adjuntado el Plan de Parto.

ARTÍCULO 19.- Continuidad de cuidados. El/la profesional interviniente deben continuar la asistencia realizada hasta el momento del parto/nacimiento y el apoyo a la persona gestante, bajo la dirección del equipo de profesionales de la institución de salud de referencia, hasta que el mismo finalice.

ARTÍCULO 20.- Alta Médica. Si las condiciones de salud de la persona puérpera y de la persona recién nacida así lo permiten, la institución de salud debe facilitar el alta lo antes posible, contando con el apoyo del equipo de salud que ha acompañado el proceso de parto/nacimiento para continuar el seguimiento en el domicilio.

CAPÍTULO IV

REGISTRO Y COBERTURA DE SALUD

ARTÍCULO 21.- Registro. Créase el "Registro provincial de integrantes de equipos de salud que asisten partos planificados en domicilio", bajo la órbita del Ministerio de Salud de la provincia.

ARTÍCULO 22.- Inscripción. Todos/as los/as integrantes del equipo de salud interviniente deben estar inscriptos/as en el Registro provincial



mencionado en el artículo 21, para lo cual deberán cumplir con los requisitos que la autoridad de aplicación determine.

ARTÍCULO 23.- Cobertura de salud. Las Obras Sociales, las Entidades de Medicina Prepaga y las Cajas Profesionales deberán brindar las siguientes prestaciones, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión; sin perjuicio de las actualmente vigentes:

1. Cobertura del parto en domicilios particulares, asistido por todos/as los/as integrantes del equipo de salud que se detallan en el artículo 3.
2. Traslado desde domicilios particulares a la institución de salud de referencia u otra de mayor complejidad según se requiera, pública o privada, cuando el/la médico/a o el/la profesional de la obstetricia lo considere necesario, sin previa autorización.

ARTÍCULO 24.- Ámbito público. La autoridad de aplicación garantizará la asistencia de partos planificados en domicilio desde el ámbito de la salud pública. Para ello, conformará equipos de salud con una adecuada distribución geográfica en toda la provincia a la vez que proveerá equipamiento, traslados e instituciones de referencia.

ARTÍCULO 25.- Capacitaciones. La autoridad de aplicación impartirá capacitaciones periódicas específicas en torno a parto planificado en domicilio (con base en las normativas, recomendaciones y experiencias provinciales, nacional e internacionales) dirigidas a todas las personas inscriptas en el "Registro provincial de integrantes de equipos de salud que asisten partos planificados en domicilio" así como a interesados/as en inscribirse.

ARTÍCULO 26.- Difusión. La autoridad de aplicación incluirá como parte de las campañas de concientización en torno a los derechos de las personas gestantes, la difusión de la presente ley y en general, de información relevante en torno a parto planificado en domicilio.

ARTÍCULO 27.- Autoridad de aplicación. El Ministerio de Salud de la provincia será la autoridad de aplicación de la presente ley.

ARTÍCULO 28.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

CARLOS DEL FRADE

Diputado provincial- F.A.S.



FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El presente proyecto de ley, que presentamos por primera vez en 2018, aspira a regular las condiciones en las cuales deben llevarse a cabo los partos planificados en domicilio, en vistas a brindar un marco de protección y seguridad a la persona gestante, a la persona naciente, a los/as integrantes del equipo de salud interviniente y a la institución de referencia, sobre la base del reconocimiento del derecho de la persona gestante a elegir cómo, dónde y con quién parir.

El proyecto cuenta con el amplio respaldo del conjunto de organizaciones nucleadas en el "Colectivo Nacional por los Derechos en el Parto y el Nacimiento", las cuales en noviembre de 2020, cuando el proyecto había sido reingresado por segunda vez y se encontraba bajo tratamiento en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, enviaron nota a la comisión manifestando su total apoyo y solicitando su pronto dictamen favorable.

El Colectivo Nacional por los Derechos en el Parto y el Nacimiento, está integrado por las siguientes agrupaciones:

AFDA – Asociación Civil Familias Diversas
Agrupación Doulas Asociadas Asociación Civil
Alumbrar Bolivar
Amarútera
Asociación Civil Doulas Comunitarias
Asociación de Parteras Independientes - Asociación Civil
Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal
Auiipa Espacio Holístico
Basta de Violencia Pediátrica
Bien Paridas Comarca Andina
Colectiva de Doulas Feministas
Colectivo Autoconvocado Mujeres en Tribu - Rosario
Colectivo de Mujeres por un Parto Respetado San Luis
Taragui Nace Corrientes Asociación Civil
Dando a Luz - Asociación Civil
Derecho a Parir
Doulas de Rosario
Doulas de Santa Fe
EPEN - El parto es nuestro Argentina

Año 2024

7



Escuela de Esferodinamia - Esferobalones
Foro por los Derechos de la Niñez
Fortaleza 85
Florecer Areco
Guardianas del Origen
Jacaranda Asociación Civil
La Casa de Awaiké
Las Casildas
Lactancia Respetada
Latir el Arte de Partear
Libres de Violencia Obstétrica
LLL - Liga de la Leche
Los Nonos
Mamá Hamaca
Mamakilla Asociación Civil
Mamífera Consciente
Marea Primal
Matria - Red Comunitaria en Salud
Mujeres por un Parto Respetado Córdoba
ÑukeMapu
Observatorio de Violencia Obstétrica Nacional
Observatorio de Violencia Obstétrica Rosario
Observatorio de Violencia Obstétrica Luján
Observatorio de Violencia Obstétrica Entre Ríos
Parimos con Trombofilia
Parimos Consciencia
Parir con Parteras
Parto Humanizado BsAs
Qespikuy- JUJUY
Red Argentina de Doulas
Red de Salud Género y Derechos
Red de Salud Mental Perinatal
Red Perinatal La Plata
Relacahupan Argentina
Teteada Masiva
Tribu de mami
UMMI Salud Mental Perinatal
Venir al mundo
Vos Podés Asociación Civil

Asimismo, Carla Veleza, Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Parteras Independientes, asistió a la Comisión mencionada anteriormente, a fin de brindar detalles del proyecto y despejar dudas. Sin embargo, nunca avanzó su tratamiento.

Partimos de la necesidad de reconocer y arbitrar los medios para hacer efectivo este derecho de elección. En este sentido, la "Guía de



asistencia del parto en casa. Barcelona 2010" elaborada por el "Collegi Oficial d'Infermeria de Barcelona", manifiesta:

"Se busca, ante todo, asegurar una buena calidad de atención para la mujer embarazada y su criatura. Una atención digna y atenta **reconociendo la diferencia intrínseca de cada mujer, su libertad para decidir, su autonomía, unicidad y globalidad como ser biológico, psicológico, social y humano.** Y el fundamento previo para iniciar una atención de estas características es reconocer **el deseo y el derecho de elección de la mujer** en lo que respecta a su maternidad en todas sus fases (concepción, embarazo, parto, posparto y crianza)".

Pues, como se establece en el proyecto de ley de la entonces legisladora nacional, María Rachid, "**LEY INTEGRAL DE PARTO RESPETADO Y ATENCIÓN PERINATAL. ABROGACIÓN DE LA LEY 25.929 Y SUS MODIFICATORIAS**": para que no exista violencia obstétrica y tenga lugar un parto respetado con atención perinatal adecuada, "es necesario garantizar el reconocimiento de las personas gestantes como personas competentes de modo que se facilite su participación como protagonista del proceso de planificación familiar, gestación, el trabajo de parto, el parto y el postparto; **el reconocimiento y el respeto de la autodeterminación de las personas gestantes en el modo de transitar el parto y de la elección de cómo, con quién y en dónde parir;** el reconocimiento de las diferencias y especificidades individuales y en función de esto, **el respeto de las necesidades particulares de cada persona gestante;** y la **asistencia profesional respetuosa,** la cual no debe interferir, ni intervenir rutinariamente de no haber una situación de riesgo evidente, si no que por el contrario, debe acompañar a la persona gestante durante todo el proceso de parto/nacimiento".

En el año 2000, profesionales de todo el mundo se reunieron en Fortaleza (Brasil), y propusieron la humanización del nacimiento como concepto central para el desarrollo de las sociedades sostenibles del siglo XXI. De aquí surgió la **Declaración de Ceará.** Esta declaración desafía a los países donde todavía se restringe el derecho de elección de la mujer del lugar del parto y se suma a las **recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud,** que en su informe "Cuidados en el parto normal: una guía práctica", presentado por el Grupo Técnico de Trabajo del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva de la OMS (Ginebra, 1996), planteó claramente:

"¿Dónde debería dar a luz una gestante? Se puede afirmar que **una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura,** y en el nivel de asistencia más "bajo" posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado (FIGO 1982). **Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una gran maternidad de un gran hospital.** Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se enfoquen en sus necesidades y su seguridad,



tan cerca como sea posible de su casa y su cultura. Si el parto va a ser domiciliario, deben existir planes de antemano para remitir a la mujer a un hospital si esto fuese necesario, y la mujer debe tener conocimiento de ello”.

Muchos países contemplan el parto en domicilio como una política de Estado garantizando los derechos y autonomía de las personas gestantes y personas nacientes y el desempeño profesional dentro de un marco legal y sanitario de seguridad:

- Países Bajos: Uno de los países más conocidos por su alta tasa de partos en domicilio. Aquí, la partería es una profesión bien establecida y respetada, y muchas mujeres optan por dar a luz en casa.

- Reino Unido: El Servicio Nacional de Salud (NHS) ofrece la opción de partos en domicilio para mujeres de bajo riesgo, con el apoyo de comadronas cualificadas.

- Canadá: En varias provincias, el parto en domicilio es una opción segura y bien regulada, con comadronas registradas y profesionales de la salud apoyando este proceso.

- Nueva Zelanda: Fomenta el parto en domicilio como una opción segura para mujeres de bajo riesgo, con la asistencia de comadronas licenciadas.

- Australia: Algunas regiones permiten y apoyan el parto en domicilio, con programas específicos para garantizar la seguridad y el cuidado profesional.

- Suecia: Aunque no es tan común como en otros países, el parto en domicilio está disponible y regulado, con parteras profesionales proporcionando cuidados.

- Alemania: Tiene un sistema de partería bien establecido que incluye la opción de parto en domicilio para mujeres de bajo riesgo.

- Dinamarca: Ofrece servicios de parto en domicilio a través del sistema de salud pública, con parteras cualificadas asistiendo a las madres.

- Noruega: Permite el parto en domicilio bajo ciertas condiciones, con el apoyo de parteras entrenadas.

- Finlandia: Aunque es menos común, el parto en domicilio es una opción disponible con la asistencia de parteras profesionales.

Como vemos, no sólo el derecho de información y elección de la persona gestante, las recomendaciones de organismos internacionales y la experiencia de otros países avalan este proyecto de ley, sino continuando podemos citar evidencia científica que muestra claramente que los partos



planificados en domicilio son tan seguros como los partos planificados en hospitales y clínicas privadas.

A continuación se presenta una selección de bibliografía clave que aborda la evidencia científica sobre los partos planificados en domicilio:

1. de Jonge, A., van der Goes, B. Y., Ravelli, A. C., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G., ... & Buitendijk, S. E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(9), 1177-1184.

Este estudio nacional en los Países Bajos comparó la mortalidad y morbilidad perinatal entre partos planificados en domicilio y en hospitales en mujeres de bajo riesgo, encontrando resultados similares en ambas configuraciones.

2. Birthplace in England Collaborative Group. (2011). 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*, 343, d7400.

Un estudio de cohorte prospectivo a nivel nacional en Inglaterra que evaluó los resultados perinatales y maternos según el lugar planificado de parto, concluyendo que los partos planificados en domicilio son seguros para mujeres de bajo riesgo.

3. Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).

Una revisión sistemática de la base de datos Cochrane que comparó los resultados de partos planificados en domicilio y en hospitales, encontrando que para mujeres de bajo riesgo, los resultados son comparables.

4. Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D., & Vedam, S. (2014). Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 17-27.

Este estudio analizó los resultados de más de 16,000 partos planificados en domicilio en los EE.UU., encontrando tasas bajas de intervenciones médicas y buenos resultados perinatales para mujeres de bajo riesgo.

5. Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., ... & Homer, C. S. E. (2018). 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*, 62, 240-255.



Una revisión sistemática y metaanálisis que comparó los resultados maternos y perinatales según el lugar planificado de parto en países de altos ingresos, apoyando la seguridad de los partos planificados en domicilio para mujeres de bajo riesgo.

6. Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. (2019). 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*, 14, 59-70.

Este artículo proporciona una revisión sistemática y meta-análisis sobre la mortalidad perinatal y neonatal entre mujeres de bajo riesgo que planificaron dar a luz en casa versus en hospitales, concluyendo que no hay diferencias significativas en la mortalidad cuando el parto en domicilio está bien planificado y asistido por profesionales capacitados.

Estas referencias proporcionan una base sólida de la literatura científica que respalda **la seguridad y los beneficios de los partos planificados en domicilio para mujeres de bajo riesgo, siempre que sean atendidos por profesionales calificados y con acceso a servicios de emergencia cuando sea necesario.**

En nuestro país, según las estadísticas de la Asociación argentina de Parteras Independientes (Aapi), *"del total de mujeres que planifican parir en el domicilio, el 90 por ciento de ellas finaliza su parto en su hogar y un 10 por ciento es trasladada a un hospital o clínica. De ellas, un 5 por ciento termina pariendo en la institución y otro 5 por ciento va a cesárea, en contraposición con el sistema privado que tiene entre un 40 y un 50 por ciento de cesáreas. En ninguna región las cesáreas deberían ser más del 15%, según la Organización Mundial de la Salud"*.

En Santa fe, del año 2013 al 2015, según estadísticas oficiales del Ministerio de Salud, se sucedió un promedio de 76,7 partos en viviendas particulares que representan el 0,1% de los nacimientos vivos. Si bien su incidencia estadística es menor, no debe subestimarse que la ausencia de regulación al respecto arroja a las personas gestantes, a las matronas y profesionales intervinientes a realizar su práctica en el marco de un vacío legal con la consiguiente inseguridad y desprotección. Sin dudas, esta condición cuasi-clandestina sumada a la desinformación y prejuicios, influye en las posibilidades de las personas gestantes de elegir este tipo de parto.

Al respecto, el preciso mencionar que la **Ley nacional n°17132** que regula el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas entre las que se incluye el ejercicio profesional de la obstetricia, establece en su artículo 51 que "Las obstétricas o parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el **domicilio del paciente** o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten".



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

A nivel nacional, como mencionamos antes, la Ley 17132 define el ejercicio de la obstetricia en tanto tarea de colaboración de la medicina. Sin embargo, su ejercicio está regulado en las distintas jurisdicciones.

En la provincia de Santa Fe, la ley n° 2287 que data de 1932, establece que "Corresponde a la partera prestar asistencia a la mujer **en estado de embarazo, parto y puerperio normal**, debiendo dar aviso inmediatamente a la familia si notara algún síntoma anormal para que requiera la asistencia médica. En dicho caso sólo podrá continuar con su asistencia bajo la dirección delfacultativo. No se hace mención respecto a los lugares de ejercicio de la profesión. La provincia carece de una ley que regule la actividad profesional en lo específico.

En la **provincia de Neuquén (Ley n° 2731/10) y Tierra del Fuego (Ley n° 1056/15)**, por mencionar **las leyes más actualizadas** donde se regulan la profesión obstétrica, se incluye entre las facultades de los Licenciados en Obstetricia, Licenciados Obstétricos, Obstétricas y Obstétricos: "**diagnosticar, monitorear, dar tratamiento, asistencia profesional obstétrica a gestantes, parturientas y puérperas de bajo y mediano riesgo**" y que les está prohibido "ejercer la profesión en locales, consultorios o instituciones asistenciales o de investigación no habilitadas en los términos impuestos por la legislación vigente, **a excepción de la atención brindada en el domicilio de los pacientes**".

De modo similar, en **la provincia de Buenos Aires, le Ley n° 14802/15**, establece entre los alcances del ejercicio de la actividad de las/os profesionales obstétricas, y las/os licenciadas/os en obstetricia, como actividad autónoma: **Controlar y conducir el trabajo de parto; Inducir el trabajo de parto según indicación médica; Asistir el parto y el alumbramiento; Brindar atención durante el puerperio inmediato y mediato, de bajo riesgo**. Asimismo, se les reconoce el derecho a "ejercer en forma privada, en su consultorio, casa de maternidad y/o **domicilio de la mujer**, como así también en instituciones públicas y/o privadas, debiendo el/la profesional, ostentar como anuncio indispensable y obligatorio en el frente de la casa o consultorio una chapa uniforme de acuerdo con el modelo que establezca el Colegio de Obstétricas, donde constará nombres y apellidos completos y número de matrícula profesional".

En Argentina, en consonancia con una tendencia mundial, cada vez más personas eligen parir en sus hogares, fuera de una institución de salud, ya sea pública o privada. La decisión acerca de "dónde" parir debería basarse en el riesgo cierto y en los valores propios de cada persona gestante, garantizando el ejercicio pleno de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

A nivel nacional, se han presentado dos iniciativas que contemplan los partos planificados en domicilio, las cuales tomamos como antecedentes de este proyecto: el citado proyecto de María Rachid, Ley Integral de Parto



Respetado y atención perinatal y el proyecto de la diputada Celia Arena "Regulación del parto domiciliario" (6747-D-2013).

Actualmente en nuestro país, los partos en domicilios son prácticas que suceden de manera cotidiana y es por ello que resulta imperioso garantizar presupuestos mínimos de cumplimiento y seguridad, en pos de proteger el bienestar de las personas gestantes, las personas nacientes y sus familias a la vez que brindar condiciones de seguridad a los y las trabajadores de salud intervinientes.

El presente proyecto de ley busca justamente brindar un marco de protección y seguridad para todas las personas involucradas en un parto planificado en domicilio. Es así que establece los **factores determinantes** (el bajo riesgo obstétrico y la definición de una institución de salud de referencia a la cual acudir en caso de requerirse un traslado o derivación) y los **requisitos** (elaboración de un Plan de traslado; el seguimiento gestacional y los controles prenatales previos; la valoración del Domicilio) que deben cumplirse para poder llevar adelante un parto planificado en domicilio.

Uno de los puntos de mayor complejidad actual, es justamente la articulación con las instituciones, públicas o privadas, en caso de necesidad de traslado, siendo además, el punto de mayor conflicto y con riesgo de mortalidad de las personas gestantes y nacientes, la falta de una adecuada recepción de los traslados a instituciones de salud en situaciones de emergencia obstétrica o neonatal provenientes de domicilios particulares. Ello podría subsanarse con adecuada legislación que garantice la implementación de protocolos de traslados y recepción para cuando sea necesario reevaluar un plan de parto por alguna eventualidad. De allí que el proyecto prevea las condiciones para que la institución reciba a la persona gestante y naciente/s en condiciones de seguridad e igualdad.

Asimismo, el proyecto crea el "Registro provincial de integrantes de equipos de salud que asisten partos planificados en domicilio", bajo la órbita del Ministerio de Salud de la provincia. De modo que, todos/as los/as integrantes del equipo de salud interviniente deban estar inscriptos/as en el Registro provincial, para lo cual deberán cumplir con los requisitos que la autoridad de aplicación determine.

Por último, se reconoce que las personas gestantes que realicen un parto planificado en domicilio tienen derecho a que sus Obras Sociales, Entidades de Medicina Prepaga y Cajas Profesionales les brinden total cobertura del parto y traslado. Este es otro de los puntos donde se revela con mayor crudeza la ilegalidad a la que las personas gestantes son sometidas, cuando no pueden gozar de su cobertura de salud en un parto planificado en domicilio debiendo cubrir los costos por sí mismas. Asimismo, se establece que la salud pública provincial debe ofrecer las condiciones necesarias para atender partos planificados en domicilio, de modo que nadie



queda excluida de la posibilidad de parir en su domicilio si así lo desea, siempre que se den los requisitos y factores determinantes.

Para finalizar, recuperamos un fragmento del escrito "Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales", de Marina Lembo, *Representante argentina de la IAM (Alianza Internacional de Parteras) y miembro de CIMS (Coalición para el mejoramiento de los Servicios de Maternidad)*:

"Hasta hace aproximadamente 250 años, las prácticas culturales esenciales asociadas con los nacimientos eran relativamente uniformes. Las mujeres de todo el mundo se movían libremente durante el trabajo de parto, eran atendidas por otras mujeres a quienes conocían bien, usualmente en sus casas. Luego sobrevino la era Industrial y enormes cambios sociales acontecieron junto con la industrialización, y con estos el traspaso de los nacimientos del hogar al hospital. Desde entonces, muchos médicos y sus organizaciones continúan creyendo en los riesgos del parto organizado fuera del hospital, ya sea en una casa de partos o en el hogar y rechazan la innegable evidencia de que los partos previstos fuera del hospital en el caso de mujeres de bajo riesgo resultan seguros. **Los profesionales de la salud establecen cómo deben ser los nacimientos. Pero grupos de mujeres se organizan y propician una atención diferente, en la que predomina el respeto por la madre, la intimidad y el disfrute. El parto en casa está ganando protagonismo como parte de un cambio social en la concepción del parto**".

Estamos convencidos/as de que **hasta tanto el parto planificado en domicilio no sea una alternativa legal para las personas gestantes que cursan embarazos de bajo riesgo, la libertad de elegir, de manera informada, cómo, dónde y con quién parir no será una realidad plena.**

En este sentido, la importancia de esta iniciativa legislativa radica en generar las obligaciones y condiciones básicas necesarias **para que todos los partos sean Partos Respetados** y sean asistidos consecuentemente a sus principios.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto de ley.

CARLOS DEL FRADE

Diputado provincial

F.A.S.