



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

CÁMARA DE DIPUTADOS	
MESA DE MOVIMIENTO	
28 NOV 2018	
Recibido	1230
Exp. N°	35881

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

SANCIONA CON FUERZA DE

LEY:

REGULACIÓN DE LOS PARTOS PLANIFICADOS EN DOMICILIOS

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/s persona/s naciente/s, a la persona acompañante, al equipo de salud interviniente y a la institución de referencia.

ARTÍCULO 2.- Parto planificado en domicilio. El parto planificado en domicilio particular es el resultado de un proceso conjunto entre la persona gestante, la persona acompañante y el equipo de salud interviniente, que se basa en la evaluación de toda la información relevante, en el cumplimiento de los factores determinantes y de los requisitos necesarios para garantizar un marco de protección y seguridad.

ARTÍCULO 3.- Equipo de salud. El equipo de salud interviniente debe estar conformado por:

- a) un (1) médico/a obstetra o generalista especializado/a en obstetricia o Licenciada/o en Obstetricia u Obstétrica/o profesional que oficiará como titular;
- b) un (1) médico/a obstetra o generalista especializado/a en obstetricia o Licenciada/o en Obstetricia u Obstétrica/o profesional que oficiará como suplente en caso de que el/la médica o profesional de la obstetricia indicada en el inciso "a" no pueda asistir.
- c) un/a enfermero/a especializada en obstetricia o partera no profesional; y
- d) un/a neonatóloga/o.



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Al trabajo de parto y parto debe asistir el médico o profesional de la obstetricia titular (o en su defecto, el/la suplente) y la enfermera o partera no profesional. Al parto debe asistir también el/la neonatólogo/a.

ARTÍCULO 4.- 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 médicos/as y/o profesionales de la obstetricia y deben ser tenidos en cuenta para ello los antecedentes personales, gineco-obstétricos y 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 misma debe ser explicitada en el "Plan de Traslado".

ARTÍCULO 5.- 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, uno de ellos se debe realizar en el domicilio particular donde ocurrirá el parto.
3. **La valoración del Domicilio.** La misma debe ser realizada por los/as médicos/as u obstétricas/os profesionales intervinientes 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 6.- La persona gestante que tengan 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 IV

MODELO DE ATENCIÓN

ARTÍCULO 7.- 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/s persona/s naciente/s.
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/s persona/s recién nacida/s.
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 gestante, como de la/s persona/s recién nacida/s.

ARTÍCULO 8.- Canales de Comunicación. El/la médico/a o profesional de la obstetricia 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 9.- Equipamiento e insumos. El equipo de salud interviniente debe contar con el equipamiento y los insumos necesarios para tal fin, determinados por la autoridad de aplicación. Los mismos 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.

ARTÍCULO 10.- Visitas posparto. El equipo de salud debe realizar un mínimo de dos (2) visitas después del parto para evaluar la condición de la persona puérpera y de la/s persona/s nacida/s. Una de ellas debe ser realizada a las veinticuatro (24) horas del parto.

ARTÍCULO 11.- Guardias pasivas. El equipo de salud debe 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 12.- 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 13.- Institución de referencia. La institución de referencia tienen la obligación de habilitar y garantizar la recepción de la persona gestante y/o de la/s persona/s recién nacida/s en situación de traslado, así como su óptima atención.

ARTÍCULO 14.- Notificación. La institución de salud de referencia debe ser informada de que forma parte del Plan de Traslado de la persona que va a tener un parto en domicilio particular previamente al parto. Esta notificación se debe realizar mediante la entrega de una carta dirigida al director del hospital, 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 15.- Evaluación de la situación de urgencia/emergencia. Cuando el/la médico/a o profesional de la obstetricia 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 16.- 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 17.- Traslado. Al momento del traslado, el/la médico/a o profesional de la obstetricia debe acompañar a la persona gestante y a la persona/as naciente/s 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 18.- Vehículo de traslado. Dependiendo del grado de urgencia que motiva el traslado, este puede realizarse en distintos tipos de vehículos:



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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 19.- 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 20.- Continuidad de cuidados. El/la médico/a o profesional de la obstetricia 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 21.- Alta Médica. Si las condiciones de salud de la persona púérpera y de la/s persona/s recién nacida/s 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 V

REGISTRO Y COBERTURA DE SALUD

ARTÍCULO 22.- Registro. Créase el "Registro provincial de médicos/as, profesionales de la obstetricia, enfermeras/os, parteras y neonatólogo/as que asisten partos planificados en domicilio", bajo la órbita del Ministerio de Salud de la provincia.

ARTÍCULO 23.- Inscripción. Todos/as los/as integrantes del equipo de salud interviniente deben estar inscriptos/as en el Registro provincial mencionado en el artículo 22, para lo cual deberán cumplir con los requisitos que la autoridad de aplicación determine.

ARTÍCULO 24.- 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:



CÁMARA DE DIPUTADOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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, tanto pertenecientes a instituciones de salud, como por aquellos que brindan servicios asistenciales independientes.
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.

Capítulo 25.- Autoridad de aplicación. El Ministerio de Salud de la provincia será la autoridad de aplicación de la presente ley.

Capítulo 26.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.


CARLOS DEL PRADO
DIPUTADO PROVINCIAL



FUNDAMENTOS

Sr. Presidente;

El presente proyecto 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.

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 legisladora María Rachid "**LEY INTEGRAL DE PARTO RESPETADO Y ATENCIÓN PERINATAL. ABROGACIÓN DE LA LEY 25.929 Y SUS MODIFICATORIAS**" (el cual tomamos como base para la elaboración del presente) 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".



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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 y su cobertura económica, como una política de Estado para la correcta atención de las personas gestantes y las personas nacientes.

• En **Holanda**

- Se promueve el parto domiciliario para mujeres de bajo riesgo sin restringir la libertad de elección.
- Está cubierto por la sanidad pública.
- La sanidad pública subcontrata a los pequeños grupos locales de comadronas y lo cubre todo.
- El 28% de los partos son domiciliarios, y el 9% elige parir en una habitación alquilada con su comadrona. El resto de partos son en centros hospitalarios.

• En el **Reino Unido**

- Se ofrece elección libre del lugar del parto.
- Tanto el parto domiciliario como el hospitalario o en centros de nacimiento se incluyen dentro del Sistema Sanitario Público.
- Entre el 2% y el 3% de los partos son domiciliarios.



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

- El Servicio Nacional de Salud (NHS) tiene una agenda para ofrecer la libre elección del lugar del parto para 2009, ya que en la actualidad sólo se ofrece en pequeñas áreas.

- Las comadronas independientes atienden el parto en casa de forma privada.

- En las zonas donde se ofrece el parto en casa, está todo incluido en la sanidad pública.

- Se está promoviendo el parto en casa a través del gobierno y va en aumento. Según los últimos datos, un 3% de los nacimientos son en el hogar, en algunas regiones son menos del 1%, en otras llegan al 16%.

- En **Francia**

- El parto en domicilio es cubierto por el Estado a través del reembolso de los honorarios de los/as profesionales de la obstetricia.

- En **Dinamarca y Noruega**

- Se ofrece libertad de elección.

- El parto domiciliario se incluye dentro de la sanidad pública pero no se promueve.

El 1% de los partos son domiciliarios.

- En la isla de Houd, el 90% de los partos son domiciliarios.

- En **Austria**

- El parto en domicilio es asistido por profesionales de la obstetricia.

- Tanto el parto, como las consultas durante la gestación y una visita diaria durante los 5 días posteriores a este, están cubiertos por la seguridad social del país.

- Se puede elegir por profesionales de la obstetricia de la salud pública o por aquellos/as que brinden servicios de modo independiente. En este último caso el Estado reembolsa el 80% de la tarifa.

- En **Canadá**

- Las políticas públicas de salud promueven que las personas gestantes con embarazos de bajo riesgo tengan su parto en casa.

- Los estados de Ontario, British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Alberta, y Quebec tienen cobertura total del servicio de parto en domicilio.

- En **Suecia**



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

- El parto en casa está cubierto en la región de Estocolmo -que es la más poblada de Suecia- para segundos partos.

- En la **Comunidad Autónoma de las Illes Balears**

- Se ofrece libertad de elección, ofreciendo información adecuada de las diferentes opciones de parto, con las ventajas y los inconvenientes de cada opción, permitiendo a la mujer ser protagonista de la decisión del tipo y de la modalidad del parto que desea con el amplio asesoramiento que los profesionales sanitarios conocen y ofrecen.

- En **EEUU, España y Finlandia**

- El estado no brinda cobertura del parto en domicilio, pero ha desarrollado toda la legislación y los mecanismos de seguridad necesario para que sea una opción segura, válida y que quienes así lo deseen puedan contratar servicios asistenciales de profesionales de la obstetricia independientes.

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.

Pues, los estudios comparativos de partos ocurridos en instituciones de salud con partos ocurridos en domicilios particulares, ambos de personas gestantes de similares características, no sólo muestran que los partos planificados en domicilios son seguros, sino también registran similitudes en el riesgo de mortalidad perinatal en ambos grupos. Más aún, las tasas de intervenciones médicas sobre el proceso fisiológico del parto son significativamente más bajas en los partos planificados en domicilios.

Se pueden citar por ejemplo: DURAN, A. M. "The safety of home birth: the farm study" (1992); El estudio Duran (1992) comparó 1,700 partos en casa atendidos por las parteras de La Granja (The Farm) entre 1971 y 1989 con una muestra de 14,033 nacimientos atendidos por médicos en 1980. El estudio excluyó las madres del hospital con factores de riesgo que las harían inelegibles para parir en La Granja. La tasa de cesárea entre las madres que recibieron atención prenatal en La Granja (The Farm) fue solo de un 1.5% comparado con un 16.5% en el grupo atendido por médicos. No hubo diferencia significativa entre los 2 grupos respecto de: muerte perinatal, hemorragia, desgarros y laceraciones o síndrome de distress respiratorio (38).



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

La Dra. Tew, estadística británica, estudió los patrones de hospitalización en relación a los cambios en la mortalidad en Europa. "El parto en casa es tan seguro como el parto en hospital para mujeres de bajo riesgo. Es más, en el hospital las mujeres de bajo riesgo tendrán más complicaciones durante y después del parto" (TEW, Marjorie, "Safer Childbirth?: A Critical History of Maternity Care", 1998).

Como vimos, Holanda es un país con un sistema oficial de partos domiciliarios. La incidencia de éstos difiere enormemente de una región a otra. Un estudio acerca de la mortalidad perinatal demostró que no existía correlación entre hospitalización regional en el momento del nacimiento y la mortalidad perinatal regional (Treffers y Laan 1986). Un estudio realizado en la provincia de Gelderland, comparó el "resultado obstétrico" de partos domiciliarios y partos hospitalarios. Los resultados sugirieron que para una primípara de bajo riesgo un parto domiciliario era tan seguro como uno hospitalario. Para múltiparas de bajo riesgo el resultado de un parto domiciliario era significativamente mejor que uno hospitalario (Wiegers et al 1996).

Por otro lado, es preciso advertir que se ha llamado la atención respecto a **los errores metodológicos de investigaciones que han arribado a conclusiones sobre los supuestos mayores riesgos de los partos planificados en domicilio.**

En su estudio "Planned home birth: benefits, risks, and opportunities", Ruth Zielinski, Kelly Ackerson, Lisa Kane Low, analizan estas investigaciones planteando que los resultados de dichos estudios son poco confiables. Pues por ejemplo, para el grupo de "parto planificado en domicilio" se incluyen nacimientos que no cumplen con las categorías de bajo riesgo, mientras que estos casos sí fueron excluidos del grupo de "parto en institución médica".

Caso similar es la asistencia profesional, en el caso de los partos planificados en domicilio no se hizo distinción alguna entre nacimientos que contaron con asistencia profesional y aquellos que no.

Por lo que, la "evidencia científica" en contra del parto domiciliario planificado adolece de falencias y limitaciones, cuando no se sustenta en información anecdótica, cargada de prejuicios.

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"*.



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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".

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 se requiera la asistencia médica. En dicho caso sólo podrá continuar con su asistencia bajo la dirección del facultativo. 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



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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 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.

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.

El presente proyecto de ley busca justamente brindar un marco de protección y seguridad para todas las personas e instituciones 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 médicos/as, profesionales de la obstetricia, enfermeras/os, parteras y neonatólogo/as 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.



CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Por último, se reconoce que las personas gestantes y nacientes 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.

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 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 FRAIDE
DIPUTADO PROVINCIAL