Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (5): 395-406.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417

Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud 2019

Factors associated with home birth in Peru: An analysis of the Demographic and Health Survey, 2019.

Jackeline Huapaya Torres,[1] Yuly Santos Rosales,[2] Víctor Moquillaza Alcántara[3]

Resumen

OBJETIVO: Determinar la proporción y los factores asociados con el parto domiciliario en el Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, analítico y cuantitativo efectuado en conglomerados de viviendas distribuidas en las capitales de los departamentos, ciudades urbanas y entornos rurales de Perú. Se utilizó una base de datos secundaria de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Perú del año 2019. Se optó por este diseño debido a que el desenlace (parto domiciliario) y la exposición (factores) se evaluaron simultáneamente durante la recolección de datos.

RESULTADOS: De los 18,401 registros analizados, se estimó que el 5.39% (IC95%: 4.83-6.03%) de mujeres en el Perú tuvieron parto domiciliario; sin embargo, la proporción alcanzó 19.59% (IC95%: 17.26-22.17%) en el área rural y 17.85% (IC95%: 15.21-20.84%) en la selva peruana.

CONCLUSIONES: La proporción de partos domiciliarios en el Perú durante el 2019 fue de 5.39%. Se identificaron determinantes que favorecen los partos domiciliarios: residir en la sierra o selva del Perú, en un área rural, tener menos de seis atenciones prenatales, ser pobre o muy pobre, tener estudios o solo haber alcanzado la instrucción primaria y tener 2 o 3 hijos. Un determinante que redujo la probabilidad de parto domiciliario fue el nivel de instrucción superior (universitaria o técnica).

PALABRAS CLAVE: Embarazo; demografía peruana; Encuesta de Salud; partos en casa; ciclo de atención prenatal; niños.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the proportion and factors associated with home delivery in Peru.

MATERIALS AND METHODS: Observational, cross-sectional, analytical and quantitative study carried out in clusters of households distributed in Departmental capitals, urban cities and rural settings in Peru. A secondary database from the 2019 Peruvian Demographic and Family Health Survey (ENDES) was used. This design was chosen because outcome (home delivery) and exposure (factors) were assessed simultaneously during data collection.

RESULTS: Of the 18401 records analyzed, it was estimated that 5.39% (95%CI: 4.83-6.03%) of women in Peru had home births; however, the proportion reached 19.59% (95%CI: 17.26-22.17%) in rural areas and 17.85% (95%CI: 15.21-20.84%) in the Peruvian jungle.

[1] Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
[2] Departamento Académico de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
[3] Área de Gestión de Datos, Asociación Vía Libre, Lima, Perú.

ORCID
0000-0001-5698-4107
0000-0002-4536-8293
0000-0002-0362-907X

Recibido: febrero 2022
Aceptado: marzo 2022

Correspondencia
Víctor Moquillaza Alcántara
vmoquillaza@vialibre.org.pe

Este artículo debe citarse como: Huapaya-Torres J, Santos-Rosales Y, Moquillaza-Alcántara V. Factores asociados con el parto domiciliario en el Perú: un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud 2019. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (5): 395-406.

CONCLUSIONS: The proportion of home births in Peru during 2019 was 5.39%; likewise, determinants favoring the occurrence of home births were identified, such as residing in the Peruvian highlands or jungle, in a rural area, having less than six prenatal care, being poor or very poor, having studies or only having attained primary education and, finally, having 2 or 3 children.

KEYWORDS: Pregnancy; Peruvian demography; Health surveys; Home births; Prenatal care cyclo; Children.

ANTECEDENTES

La atención del parto domiciliario debe ser amable, diligente y presidida por un profesional calificado, siempre y cuando el embarazo sea de bajo riesgo. Ya son diversos los países que han legislado la atención domiciliaria, en búsqueda de fomentar la autonomía de la mujer durante el parto,[1,2,3] evitar los procesos medicalizados, burocráticos y con poca adaptación cultural. Además, otro de los propósitos es la búsqueda de la satisfacción de la usuaria al ser atendida en su domicilio, con mayor control de esta experiencia.[4-7] A pesar de esto existen riesgos maternos y neonatales asociados con el parto domiciliario que deben propiciar la formulación de nuevas estrategias de salud.[7,8]

En países con medianos y bajos ingresos económicos han existido esfuerzos para favorecer que la finalización del embarazo tenga lugar en las instituciones. Sin embargo, luego de un parto en el hospital, las mujeres optan por que el siguiente sea en su domicilio;[9,10,11] esto puede deberse a la poca adaptación cultural de las instituciones, como un acto de protesta o una valoración de la compañía de las parteras y sus parejas.[12] En el Perú, a pesar de que la proporción de partos domiciliarios ha ido disminuyendo,[13] el comportamiento es distinto al interior del país; es más frecuente en las regiones rurales, lo que es característico de los entornos donde existen marcadas brechas económicas y desigualdades sociales.[14,15]

Este estudio busca determinar dónde prevalece la práctica del parto domiciliario para así focalizar el apoyo por parte de las autoridades. Asimismo, se busca reconocer los determinantes que favorecen esta práctica para permitir generar las estrategias sanitarias que fortalezcan la adaptación del parto institucional a las propias experiencias de una comunidad, lo que aún no está normado en el país.[16] Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue: determinar la proporción y los factores asociados con el parto domiciliario en el Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, analítico y cuantitativo efectuado en conglomerados de viviendas distribuidas en las capitales de los departamentos, ciudades urbanas y entornos rurales de Perú. Se utilizó una base de datos secundaria de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Perú del año 2019. Se optó por este diseño debido a que el desenlace (parto domiciliario) y la exposición (factores) se evaluaron simultáneamente durante la recolección de datos.[17]

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417

La ENDES es una encuesta anual que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. El instrumento es una iniciativa pública que busca estimar indicadores de los programas presupuestales nacionales, donde se provee información demográfica y del estado de salud de las madres y niños, principalmente.[18] Para esta encuesta se seleccionan conglomerados (unidades primarias) mediante un muestreo sistemático aleatorio que determina las viviendas (unidades secundarias) mediante un muestreo equilibrado. Durante 2019 la encuesta contó con 3254 conglomerados, que contenían 36,760 viviendas, distribuidas entre capitales de departamento, ciudades urbanas y entornos rurales. Estos procesos garantizan que sea la encuesta más representativa del Perú.[18]

En esa encuesta participaron mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 12 años, quienes debían haber pernoctado en la vivienda desde la última noche de haber sido entrevistados, donde se obtuvieron 40,809 participantes, de los que se excluyeron a quienes no se hubieran embarazado en el trascurso de los últimos 5 años o sus datos estuvieran incompletos en relación con las preguntas vinculadas con las variables de estudio.

Se consideró variable dependiente del estudio el lugar donde aconteció el parto del último hijo vivo de la entrevistada. La pregunta, asignada como 426A en la base de datos, fue "¿Dónde dio a luz a (su último hijo)?". Se recategorizaron las respuestas y se codificó como 1 cuando la participante indicó que su parto fue en el hogar (casa propia o casa de partera), así mismo, se codificó como 0 cuando se indicaba que el parto fue institucional (centro de salud, hospital, organismo no gubernamental o establecimiento privado).

Las variables independientes consideradas para el estudio fueron: la región natural de donde procede, el área de residencia, cantidad de atenciones prenatales, trimestre en que se inició la atención prenatal, índice de riqueza (evaluado mediante el método de Línea de pobreza, que divide en quintiles el ingreso monetario familiar y considera "pobres" a quienes reciben un salario que no permite adquirir una canasta básica familiar y como "muy pobres" a quienes no alcanzan los requerimientos nutricionales mínimos; la base de datos muestra la categorización sin requerir cálculos adicionales),[19] máximo nivel educativo alcanzado, edad, orden de nacimiento, tamaño del recién nacido, seguro de salud y violencia (emocional, física y sexual). La codificación utilizada en cada variable del estudio se encuentra en el **Cuadro 1**.

El análisis se procesó en el programa STATA, versión 14. Al inicio se descargaron las bases de datos, divididas en capítulos y se unieron las requeridas para el estudio mediante el comando "merge". Se consideró variable de unión al identificador de persona (asignada como "CASEID" en la base de datos).[20] Toda la estimación consideró las características del muestreo complejo que presenta la encuesta.

En el análisis descriptivo se determinaron: frecuencias absolutas y proporciones ponderadas según el muestreo complejo, acompañadas del intervalo de confianza al 95%. También se compararon las características de las participantes según el lugar donde ocurrió el parto (análisis bivariado). La diferencia de las proporciones se evaluó con la prueba de χ^2 de Pearson, se consideró asociación al valor de p menor de 0.05.

Enseguida, se hizo un análisis multivariado con la prueba de regresión de Poisson, donde se ajustaron los resultados entre todas las variables que alcanzaron la significación estadística. Se estimaron las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con su respectivo intervalo de confianza al 95% y se consideró al valor de p menor a 0.05 como significativo.

Cuadro 1. Descripción y plan de codificación del análisis de las variables seleccionadas del estudio (continúa en la siguiente página)

	Descripción y categorización	Plan de codificación para el análisis
Variable dependiente		
Parto domiciliario	Lugar donde la entrevistada tuvo el parto de su último hijo vivo. (11 = Domicilio de la entrevistada, 12 = Hogar de la obstetra, 21-27 = Hospital, 31-33 = Institución privada, 41-42 = Organización no gubernamental)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: 11 y 12 como 1 = Parto domiciliario >12 como 0 = Parto institucional
Variables independientes		
Región natural	Región donde reside la participante (1 = Lima, 2 = Resto de la costa, 3 = Sierra, 4 = Selva)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: 1 y 2 como 1 = Costa 3 como 2 = Sierra 4 como 3 = Selva
Área de residencia	Tipo de lugar de residencia (1 = Urbano, 2 = Rural)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: 1 como 0 = Urbano 2 como 1 = Rural
Atenciones prenatales (APN)	Total de visitas prenatales que tuvo la entrevistada durante el embarazo de su último hijo vivo (0 = Sin visitas prenatales, 1-97 = Mismo valor numérico, 98 = no sabe)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: 0-5 como 1 = <6 >6 como 0 = 6 o más 98 no fue considerado para el análisis
Momento en que inició su APN	Meses de embarazo que tenía la entrevistada cuando tuvo su primera visita prenatal (1-9 = Mismo valor numérico, 98 = no sabe)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: 1-3 como 0 = Primer trimestre >3 como 1 = >Primer trimestre 98 no fue considerado para el análisis
Índice de riqueza	Nivel de riqueza en el hogar (1 = Muy pobre, 2 = Pobre, 3 = Medio, 4 = Rico, 5 = Muy rico)	Se usó la misma codificación
Máximo nivel educativo alcanzado	Nivel más alto de estudio aprobado (0 = Ninguno, 1 = Primaria, 2 = Secundaria, 3 = Superior)	Se usó la misma codificación
Edad	Edad actual (0 = Menos de 1 año, 1-96 = Mismo valor numérico, 97 = >97, 98 = 98 = no sabe)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: <12 no fue considerado para el análisis 12-17 como 1 = 12-17 años 18-24 como 2 = 18-24 años 25-34 como 3 = 25-34 años 35-49 como 4 = 35-49 años >49 no fue considerado para el análisis
Orden de nacimiento	Número de orden al nacer de cada niño (continuo)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: 1 = 1 2 = 2 >2 = 3 o más

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417

Cuadro 1. Descripción y plan de codificación del análisis de las variables seleccionadas del estudio (continuación)

	Descripción y categorización	Plan de codificación para el análisis
Tamaño del recién nacido	Tamaño del niño al nacer (1 = muy grande; 2 = mayor que el promedio; 3 = promedio; 4 = más pequeño que el promedio; 5 = muy pequeño; 8 = no sabe)	Las opciones se recodificaron de la siguiente manera: 1 y 2 como 1 = Grande 3 como 2 = Mediano 4 y 5 como 3 = Pequeño 8 no fue considerado para el análisis
Afiliada a un seguro de salud durante el embarazo	Cobertura de Seguro de Salud o Seguro Materno-Infantil durante el embarazo (0 = no; 1 = sí)	Se usó la misma codificación
Violencia emocional	Alguna vez hubo violencia emocional (0 = no; 1 = sí)	Se usó la misma codificación
Violencia física	Alguna vez hubo violencia física (0 = no; 1 = sí)	Se usó la misma codificación
Violencia sexual	Alguna vez presentó violencia sexual (0 = no; 1 = sí)	Se usó la misma codificación

Debido a que el estudio es un análisis de base secundaria de acceso público[21] no ameritó la aprobación de un comité de ética.

RESULTADOS

De los 18401 registros analizados, se estimó que el 5.39% (IC95%: 4.83-6.03%) de mujeres en el Perú tuvieron parto domiciliario; sin embargo, la proporción alcanzó 19.59% (IC95%: 17.26-22.17%) en el área rural y 17.85% (IC95%: 15.21-20.84%) en la selva peruana (**Figura 1**). De las características sociodemográficas, el ser muy pobre (21.91%), no tener educación (28.21%) o solo educación primaria (20.64%) fueron las categorías con prevalencia más elevada de parto domiciliario. Al evaluar ciertas características obstétricas se encontró que las mujeres con tres partos o más (21.40%) y quienes tuvieron un recién nacido pequeño (7.20%) reportaron mayor proporción de parto domiciliario. Por lo que se refiere a la atención prenatal se encontró que el parto domiciliario fue más frecuente cuando las embarazadas tenían menos de 6 atenciones prenatales (13.69%) y cuando iniciaron después del primer trimestre del embarazo (5.43%). **Cuadro 2**

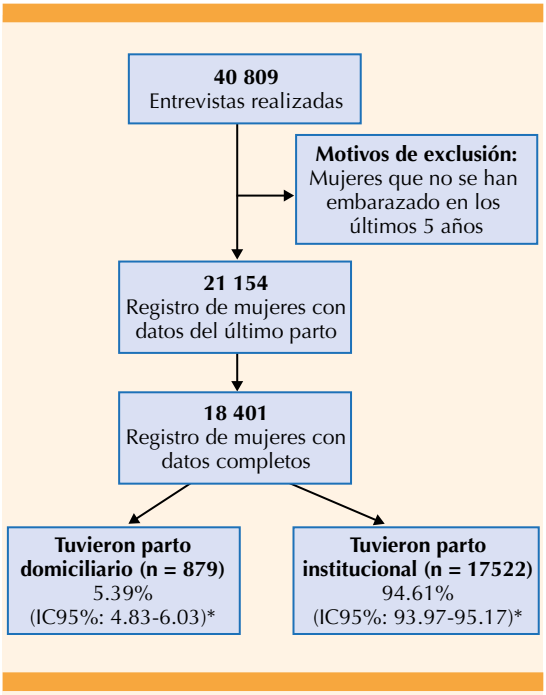


Figura 1. Flujograma de selección de participantes. *Estimaciones realizadas considerando las especificaciones del muestreo complejo.

Después de hizo un análisis crudo y ajustado para evaluar cuáles características se asociaban con un parto domiciliario, (**Cuadro 3**). Fac-

Cuadro 2. Características asociadas con el último parto domiciliario (últimos 5 años) en el Perú, 2019 (continúa en la siguiente página)

	Parto domiciliario		
	Frecuencia absoluta (n/N)	Proporción ponderada* (IC95%)	p †
Región natural			
Costa	204/8498	3,40 (2,67-4,32)	*Ref.*
Sierra	297/6233	6,92 (5,71-8,36)	<0,001
Selva	378/3670	17,85 (15,21-20,84)	<0,001
Área de residencia			
Urbana	133/13241	1,37 (1,08-1,72)	*Ref.*
Rural	746/5160	19,59 (17,26-22,15)	<0,001
Atenciones prenatales			
Menos de 6	247/1895	13,69 (11,52-14,55)	<0,001
6 o más	632/16506	4,43 (3,94-4,98)	*Ref.*
Momento en que inició la atención prenatal			
Primer trimestre	178/5305	3,74 (2,79-4,69)	*Ref.*
Después del primer trimestre	618/13096	5,43 (5,06-5,80)	<0,001
Índice de riqueza			
Muy pobre	730/5095	21,91 (20,93-22,89)	<0,001
Pobre	109/5025	2,06 (1,82-2,30)	<0,001
Medio	31/3664	0,79 (0,53-1,05)	*Ref.*
Rico	5/2709	0,21 (0,07-0,35)	0,002
Muy rico	4/1908	0,19 (0,01-0,36)	0,009
Máximo nivel educativo alcanzado			
Ninguno	72/291	28,21 (23,55-32,87)	<0,001
Primaria	454/3435	20,64 (19,45-21,83)	<0,001
Secundaria	322/8577	4,09 (3,71-4,47)	*Ref.*
Superior	31/6098	0,39 (0,23-0,56)	<0,001
Edad (años)			
12 – 17	25/270	10,12 (6,72-13,52)	*Ref.*
18 – 24	226/4193	7,37 (6,68-8,06)	0,057
25 – 34	368/8563	5,81 (5,38-6.24)	0,002
35 - 49	260/5375	6,22 (5,64-6,80)	0,013
Orden de nacimiento			
1	765/16006	5,13 (5,10-5,16)	*Ref.*
2	249/2270	11,27 (10,99-11,55)	<0,001
3 o más	26/125	21,40 (19,33-23,47)	<0,001
Tamaño del recién nacido			
Pequeño	259/3957	7,20 (6,42-7,98)	<0,001

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417

Cuadro 2. Características asociadas con el último parto domiciliario (últimos 5 años) en el Perú, 2019 (continuación)

	Parto domiciliario		
	Frecuencia absoluta (n/N)	Proporción ponderada* (IC95%)	p †
Mediano	411/9546	4,97 (4,55-5,39)	*Ref.*
Grande	209/4898	4,76 (4,19-5,33)	0,566
Seguro de salud			
Si	781/13208	6,96 (6,56-7,36)	<0,001
No	98/5193	2,05 (1,68-2,42)	*Ref.*
Violencia emocional			
Si	169/3980	4,73 (4,04-5,42)	0,002
No	742/14421	5,94 (5,55-6,33)	*Ref.*
Violencia física			
Si	226/4870	5,31 (4,66-5,96)	0,069
No	685/13531	5,81 (5,40-6,22)	*Ref.*
Violencia sexual			
Si	59/843	7,42 (5,64-9,20)	0,118
No	852/17499	5,59 (0,49-6,31)	Ref.

RP: Razón de prevalencia, IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: Categoría de referencia.
* Las ponderaciones fueron realizadas considerando las características del muestreo complejo.
† Evaluado mediante una regresión de Poisson con ponderación del muestreo.

Cuadro 3. Características asociadas con el último parto domiciliario. ENDES 2019 (continúa en la siguiente página)

	Parto domiciliario			
	RPc (IC95%)	p †	RPa (IC95%)	p †
Región natural				
Costa	*Ref.*		*Ref.*	
Sierra	2,11 (1,53-2,91)	<0,001	1,24 (1,02-1,48)	<0,001
Selva	6,17 (4,51-8,45)	<0,001	1,38 (1,16-1,64)	<0,001
Área de residencia				
Urbano	*Ref.*		*Ref.*	
Rural	17,6 (13,3-23,3)	<0,001	3,34 (2,61-4,29)	<0,001
Atenciones prenatales				
< 6	3,42 (2,80-4,17)	<0,001	1,66 (1,39-1,96)	<0,001
6 o más	*Ref.*		*Ref.*	
Momento en que inició la atención prenatal				
Primer trimestre	*Ref.*		*Ref.*	
Después del primer trimestre	1,47 (1,19-1,82)	<0,001	0,99 (0,84-1,16)	0,881

Cuadro 3. Características asociadas con el último parto domiciliario. ENDES 2019 (continuación)

	Parto domiciliario			
	RPc (IC95%)	p †	RPa (IC95%)	p †
Índice de riqueza				
Muy pobre	24,3 (17,0-34,6)	<0,001	9,62 (5,13-18,1)	<0,001
Pobre	2,56 (1,73-3,81)	<0,001	2,39 (1,26-4,52)	0,008
Medio	*Ref.*		*Ref.*	
Rico	0,22 (0,08-0,56)	0,002	0,32 (0,07-1,48)	0,147
Muy rico	0,25 (0,09-0,70)	0,009	0,86 (0,23-3,27)	0,824
Máximo nivel educativo alcanzado				
Ninguno	6,60 (5,35-8,16)	<0,001	2,66 (2,02-3,50)	<0,001
Primaria	4,75 (4,21-5,36)	<0,001	2,18 (1,85-2,58)	<0,001
Secundaria	*Ref.*		*Ref.*	
Superior	0,13 (0,09-0,19)	<0,001	0,49 (0,31-0,78)	0,003
Edad (años)				
12 – 17	*Ref.*		*Ref.*	
18 – 24	0,69 (0,47-1,01)	0,057	1,18 (0,67-2,10)	0,568
25 – 34	0,56 (0,38-0,82)	0,002	1,16 (0,66-2,05)	0,613
35 - 49	0,62 (0,42-0,90)	0,013	1,05 (0,59-1,86)	0,877
Nacidos vivos				
1	*Ref.*		*Ref.*	
2	2,29 (2,02-2,60)	<0,001	1,64 (1,46-1,85)	<0,001
3 o más	4,39 (3,17-6,08)	<0,001	2,18 (1,67-2,87)	<0,001
Tamaño del recién nacido				
Pequeño	1,59 (1,40-1,81)	<0,001	1,03 (0,88-1,20)	0,710
Mediano	*Ref.*		*Ref.*	
Grande	1,04 (0,91-1,19)	0,566	0,95 (0,80-1,12)	0,541
Seguro de salud				
Si	3,13 (2,55-3,86)	<0,001	0,85 (0,67-1,10)	0,215
No	*Ref.*		*Ref.*	
Violencia emocional				
Si	0,78 (0,67-0,92)	0,002	0,93 (0,75-1,15)	0,516
No	*Ref.*		*Ref.*	
Violencia física				
Si	0,88 (0,76-1,00)	0,069	0,93 (0,76-1,12)	0,440
No	*Ref.*		*Ref.*	
Violencia sexual				
Si	1,22 (0,95-1,57)	0,118	1,15 (0,84-1,58)	0,389
No	*Ref.*		Ref.	

† Evaluado mediante regresión de Poisson con ponderación del muestreo
RPc y RPa: razón de prevalencia cruda y ajustada IC95%: Intervalo de confianza al 95%; *Ref.*: Categoría de referencia

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417

tores de riesgo: residir en la sierra (RPa: 1.24; IC95%;1.02-1.48; p < 0.001), selva (RPa: 1.38; IC95%:1.16-1.64; p < 0.001) o en el área rural (RPa: 3.34; IC95%: 2.61-4.29; p < .,001), contar con menos de seis atenciones prenatales (RPa: 1.66; IC95%:1.39-1.96; p < 0.001), tener un índice de riqueza muy pobre (RPa: 9.62; IC95%: 5.13-18.1; p < 0.001) o pobre (RPa: 2.39; IC95%: 1.26-4.52; p = 0.008), no tener educación (RPa: 2.66; IC95%: 2.02-3.50; p < 0.001) o haber alcanzado la educación primaria (RPa: 2.18; IC95%: 1.85-2.58; p < 0.001) y haber tenido dos (RPa: 1.64; IC95%: 1.46-1.85; p < 0.001) o más nacidos vivos (RPa: 2.18; IC95%: 1.67-2.87; p < 0.001). Haber alcanzado una educación superior se mostró como un factor protector del parto domiciliario (Rpa :0.49; IC95%: 0.31-0.78; p = 0.003).

DISCUSIÓN

Este estudio buscó determinar los factores asociados con la práctica del parto domiciliario en Perú, puesto que, a pesar de que la proporción ha ido disminuyendo, esta reducción no ha sido homogénea en todas las regiones del país. Se encontró que las regiones que son parte de la selva y sierra peruana tienen mayor probabilidad de tener partos domiciliarios, lo que coincide con un estudio similar que tuvo el mismo ámbito geográfico.[22] Estas regiones se caracterizan por tener barreras sociodemográficas, lo que implica inaccesibilidad de los servicios de salud.[23,24,25] Según diversos autores, otros motivos para que las mujeres de la amazonia peruana prefieran un parto domiciliario es el patrón cultural y la falta de cohesividad con los establecimientos de salud,[26] por lo que se sugiere continuar promoviendo la adecuación del parto intercultural.

Este estudio pone de manifiesto que las mujeres que viven en áreas rurales tienen mayor probabilidad de tener partos domiciliarios, lo que coincide con una revisión sistemática reciente.[27] Una posible explicación radica en que las embarazadas del entorno rural temen que en los establecimientos de salud no se respete su privacidad ni tradiciones. Algunas mujeres indicaron tener miedo de ser víctimas de maltratos por parte de los profesionales de salud,[28,29,30] lo que destaca la marcada brecha entre la población rural y la atención en los establecimientos de salud.

Tener menos de seis atenciones prenatales dificulta la vigilancia de la embarazada e impide el tamizaje de diversas complicaciones[31,32,33] y la concientización de la importancia de un parto institucional.[34] Es preciso indicar que la sola cantidad de atenciones prenatales no determina el tipo de parto, debido a que la decisión es multifactorial;[35,36] sin embargo, una atención prenatal rutinaria no reenfocada, que es aquella donde no se da importancia al plan de parto, educación a la familia y al trabajo multisectorial con líderes comunales[37] favorece la migración al parto en el domicilio. La evidencia pone de manifiesto que la ausencia de atenciones prenatales o su inicio luego de las 16 semanas incrementa considerablemente la probabilidad de que suceda un parto domiciliario, lo que puede explicarse por la limitada información y procedimientos que pueden desarrollarse en el tiempo que queda, reduciendo la calidad esperada en las atenciones prenatales.[38]

Con base en el índice de riqueza, ser muy pobre o pobre aumenta la probabilidad parto domiciliario, lo que coincide con estudios llevados a cabo en Tanzania[39] y Etiopia.[40] Esto puede deberse a las dificultades propias del limitado ingreso económico, que genera una brecha para costear el transporte, medicamentos y la atención médica.[41] Ante ello, es el gobierno quien debe garantizar que se generen los medios necesarios para una atención prenatal, de parto y puerperio de mujeres que carecen de los recursos necesarios.[42]

Se encontró que no tener educación o tener educación primaria aumenta la probabilidad de parto domiciliario, mientras que tener un nivel educativo superior reduce esta probabilidad. Este dato es similar a los encontrados en estudios peruanos[22] y en países del África, donde se refuerza la necesidad de implementar programas educativos durante el embarazo que hagan hincapié en la importancia de una atención institucional y servicios amigables enfocados en quienes tienen escasos recursos económicos.[39,43] Las mujeres con educación superior suelen tener acceso a información de los riesgos o complicaciones para la madre y su hijo y valoran la importancia de la atenciones prenatales, así como mayor poder adquisitivo que les permite costear servicios descritos en el párrafo previo.[44,45,46]

Este estudio determinó que conforme exista mayor cantidad de hijos vivos, la probabilidad de tener un parto domiciliario se incrementa. Esta premisa se ha determinado, también, en estudios previos, lo que se explica por la mala experiencia que tienen las embarazadas en las instituciones, lo que las motiva a modificar el lugar donde esperan finalice el embarazo.[47] Al respecto, se han propuesto iniciativas que incorporen a las parteras tradicionales dentro de la institución, donde pueden establecer conversatorios educativos, puesto que se ha identificado que el ambiente clínico habitual no permite establecer una adecuada comunicación.[48,49,50] Estas propuestas pueden aplicarse para la mejora de la atención, mayor apego a una atención institucional donde existen las herramientas para atender las complicaciones de forma oportuna.

Es preciso que los resultados del estudio se circunscriban a ciertas limitaciones. En primer lugar, existe la posibilidad de que las entrevistadas no recuerden ciertas características de un evento que pudo haber sucedido durante los últimos cinco años; asimismo, el análisis transversal de las variables no permite establecer una causalidad directa, sino solo un vínculo que requiere ser explorado en futuros estudios.

CONCLUSIONES

La proporción de partos domiciliarios en el Perú durante el 2019 fue de 5.39%. Se identificaron determinantes que favorecen la aparición de partos domiciliarios: residir en la sierra o selva del Perú, en un área rural, tener menos de seis atenciones prenatales, ser pobre o muy pobre, tener estudios o solo haber alcanzado la instrucción primaria y tener 2 o 3 hijos. Un determinante que redujo la probabilidad de parto domiciliario fue el nivel de instrucción superior (universitaria o técnica).

Agradecimientos

Agradecemos a Claudia Ordoñez-Vargas y Kervyn Ynozente-Lázares por su apoyo brindado durante la redacción del manuscrito, siendo quienes verificaron que la información obtenida de textos en inglés haya sido interpretada correctamente.

REFERENCIAS

1. Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Pérez S. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Rev Cubana Obstet y Ginecol 2018; 44 (3): 1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002
2. Feeley C, Thomson G, Downe S. Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: Findings from a feminist pragmatist study. PLoS One 2020; 15 (11): e0242508. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242508
3. Birthrights. Human rights in maternity care. United Kingdom, 2017. https://birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/Human-rights-in-maternity-care-2019.pdf
4. Denis W. Improving Maternity Services: Small is Beautiful-Lessons from a Birth Centre. 2006. https://doi.org/10.1201/9781315383156
5. van Teijlingen E. A Critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. Sociol Res Online 2005; 10 (2): 63-77. https://doi.org/10.5153/sro.1034

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417

6. Dodwell M, Newburn M. Normal birth as a measure of the quality of care. London, 2010. https://www.semanticscholar.org/paper/Normal-birth-as-a-measure-of-the-quality-of-care-Newburn/662211981f03245bd1458b71a4d5b68ab78a78dc
7. Sánchez-Redondo M, Cernada M, Boix H, Espinosa M, González-Pacheco N, Martín A, et al. Home births: A growing phenomenon with potential risks. An Pediatr 2020; 93 (4): 266.e1-266.e6. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.005
8. Rodriguez-Garrido P, Goberna-Triclas J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. Matronas profesión 2020; 21 (2): e37-46. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/173292/1/705814.pdf
9. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima, Perú, 2007. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353469-plan-nacional-concertado-de-salud
10. Johnson F, Padmadas S, Matthews Z. Are women deciding against home births in low and middle income countries? PLoS One 2013; 8 (6): e65527. https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0065527
11. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington: 2019. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/
12. Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J. Birth cultures: A qualitative approach to home birthing in Chile. PLoS One 2021; 16 (4): e0249224. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima, Perú. 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2014-2019. Lima, Perú. 2020. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores%20de%20Resultados%20de%20los%20Programas%20Presupuestales_ENDES_2014_2019.pdf
15. Devkota B, Maskey J, Pandey A, Karki D, Godwin P, Gartoulla P, et al. Determinants of home delivery in Nepal - A disaggregated analysis of marginalised and non-marginalised women from the 2016 Nepal Demographic and Health Survey. PLoS One 2020; 15 (1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228440
16. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú. 2004. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Principles of Epidemiology in Public Health Practice. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, USA. https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/ss1978.pdf
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha Técnica-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima, Perú. 2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
19. Chacaltana J. Medición de la pobreza: Métodos más utilizados y utilidad para la aplicación de políticas. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Perú. http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0074/CAP2-16.htm
20. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H. Manipulación, análisis y visualización de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar con el programa R. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2019; 36 (1): 128-33. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000100019&script=sci_abstract
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Bases de datos: Microdatos. Lima, Perú. http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/
22. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Vargas-Fernández R. Factors associated with home births in Peru 2015-2017: A cross-sectional population-based study. Heliyon 2021; 7 (3): e06344. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06344
23. Collins J, Bowie D, Shannon G. A descriptive analysis of health practices, barriers to healthcare and the unmet need for cervical cancer screening in the Lower Napo River region of the Peruvian Amazon. Women's Heal 2019; 15: 1-19. https://doi.org/10.1177/1745506519890969
24. Moscoso-Porras M, Fuhs A, Carbone A. Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. Cad Saude Publica 2019; 35 (12): e00050417. https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/?format=pdf&lang=en
25. Gianella C, Pesantes M, Ugarte-Gil C, Moore D, Lema C. Vulnerable populations and the right to health: lessons from the Peruvian Amazon around tuberculosis control. Int J Equity Health 2019; 18 (28): 1-13. https://doi.org/10.1186/s12939-019-0928-z
26. Del Mastro I, Tejada-Llacsa P, Reinders S, Pérez R, Solís Y, Alva I, et al. Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. PLoS One 2021; 16 (5): e0250702. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702
27. Ayenew A, Nigussie A, Zewdu B. Childbirth at home and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Heal 2021; 79 (1): 1-18. https://doi.org/10.1186/s13690-021-00569-5
28. Atukunda E, Mugyenyi G, Obua C, Musiimenta A, Najjuma J, Agaba E, et al. When Women Deliver at Home Without a Skilled Birth Attendant: A Qualitative Study on the Role of Health Care Systems in the Increasing Home Births Among Rural Women in Southwestern Uganda. Int J Womens Health 2020; 12 (1): 423-34. https://doi.org/10.2147/IJWH.S248240

29. Mayra K, Matthews Z, Padmadas S. Why do some health care providers disrespect and abuse women during childbirth in India? Women and Birth 2021; S1871-5192 (21): 00032-9. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.003
30. dos Santos A, Brentani A, Fink G. Associations between neighborhood violence during pregnancy and birth outcomes: evidence from São Paulo's Western Region Birth Cohort. BMC Public Health 2021; 21 (1): 865. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-40469/v2
31. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna. Lima, Perú. 2013. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
32. Hong K, Hwang H, Han H, Chae J, Choi J, Jeong Y, et al. Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. Women and Birth 2021; 34 (3): 219-30. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.002
33. Shiferaw K, Mengiste B, Gobena T, Dheresa M. The effect of antenatal care on perinatal outcomes in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021; 16 (1): e0245003. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245003
34. Křepelka P, Velebil P, Měchurová A, Straňák Z, Feyereisl J. Complications of planned home births in the Czech Republic between 2016-2017. Cent Eur J Public Health 2020; 28 (3): 230-6. https://doi.org/10.21101/cejph.a5641
35. Descieux K, Kavasseri K, Scott K, Beth Parlier A. Why Women Choose Home Birth: A Narrative Review. MAHEC Online J Res 2017; 3 (2): 1-10. https://sys.mahec.net/media/onlinejournal/why_women.pdf
36. Declercq E, Stotland NE. Planned home birth. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth/contributors
37. Gurara M, Van Geertruyden J, Gutema B, Draulans V, Jacquemyn Y. Maternity waiting homes as component of birth preparedness and complication readiness for rural women in hard-to-reach areas in Ethiopia. Reprod Health 2021; 18 (27). https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01086-y
38. Siyoum M, Astatkie A, Mekonnen S, Bekele G, Taye K, Tenaw Z, et al. Home birth and its determinants among antenatal care-booked women in public hospitals in Wolayta Zone, southern Ethiopia. PLoS One 2018; 13 (9): e0203609. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203609
39. Moshi F, Mbotwa C. Determinants for choice of home birth over health facility birth among women of reproductive age in Tanzania: an analysis of data from the 2015-16 Tanzania demographic and health survey and malaria indicator survey . BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20 (1): 561. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03266-3
40. Tessema Z, Tiruneh S. Spatio-temporal distribution and associated factors of home delivery in Ethiopia. Further multilevel and spatial analysis of Ethiopian demographic and health surveys 2005-2016. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20 (1): 342. https://doi.org/10.1186/s12884-020-02986-w
41. Budu E. Predictors of home births among rural women in Ghana: Analysis of data from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20 (1): 523. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03211-4
42. Presidencia de la República. Decreto Legislativo N° 1164. Diario oficial "El Peruano". Lima, Perú, 2013. https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-para-la-exte-decreto-legislativo-n-1164-1025182-4/
43. Ikeako L, Onah H, Iloabachie G. Influence of formal maternal education on the use of maternity services in Enugu, Nigeria. J Obstet Gynaecol (Lahore) 2006; 26 (1): 30-4. https://doi.org/10.1080/01443610500364004
44. Fekadu M, Regassa N. Skilled delivery care service utilization in Ethiopia: Analysis of rural-urban differentials based on national demographic and health survey (DHS) data. Afr Health Sci 2014; 14 (4): 974-84. https://doi.org/10.4314/ahs.v14i4.29
45. Adatara P, Strumpher J, Ricks E. Exploring the reasons why women prefer to give birth at home in rural northern Ghana: A qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20 (1): 500. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03198-y
46. Laza C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. Rev Cuba Salud Pública 2015; 41 (3): 487-96. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300008
47. Swain P, Singh P, Priyadarshini S. Determinants of home deliveries - Findings from India DLHS 4 analysis. J Fam Med Prim Care 2020; 9 (9): 4728. https://dx.doi.org/10.4103%2Fjfmpc.jfmpc_751_20
48. Myhre E, Lukasse M, Reigstad M, Holmstedt V, Dahl B. A qualitative study of Norwegian first-time mothers' information needs in pre-admission early labour. Midwifery. 2021; 100: 103016. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103016
49. Ngunyulu R, Mulaudzi F, Peu M. Traditional birth attendants' experiences during the provision of post-natal care in Mopani district, Limpopo province of South Africa. Heal SA Gesondheid. 2020; 25: 1468. https://doi.org/10.4102/hsag.v25i0.1468
50. Hulsbergen M, Van der Kwaak A. The influence of quality and respectful care on the uptake of skilled birth attendance in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20 (1): 681. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03278-z

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.7417