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

Jackeline Huapaya Torres,1 Yuly Santos Rosales,2 Víctor Moquillaza Alcántara3

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.

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.
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
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. 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.

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 transcurso 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 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), máximo nivel educativo alcanzado, edad de nacimiento, tamaño del recién nacido, seguro de salud y violencia (emocional, física y sexual).

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). 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 $\chi^2$ 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)

| Variable dependiente | Descripción y categorización | Plan de codificación para el análisis |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 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 | Descripción y categorización | Plan de codificación para el análisis |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 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 = 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 |
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
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|
**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 (5,53-6,33)              | 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 (4,96-6,31)              | 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 | RPe (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**  |            |    |            |    |
| Sí                   | 3,13 (2,55-3,86) | <0,001 | 0,85 (0,67-1,10) | 0,215 |
| No                   | Ref.          | Ref. |
| **Violencia emocional** | | | |
| Sí                   | 0,78 (0,67-0,92) | 0,002 | 0,93 (0,75-1,15) | 0,516 |
| No                   | Ref.          | Ref. |
| **Violencia física** | | | |
| Sí                   | 0,88 (0,76-1,00) | 0,069 | 0,93 (0,76-1,12) | 0,440 |
| No                   | Ref.          | Ref. |
| **Violencia sexual** | | | |
| Sí                   | 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
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 < 0.001), 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 complicaciones31,32,33 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 enfocada, que es aquella donde no se da importancia al plan de parto, educación a la familia y al trabajo multisectorial con líderes comunales37 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 Tanzania39 y Etiopía.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 peruanos22 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 Kerlyn 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 humanoizado 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=S0138-600X2018003000002

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://birthingrights.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/sr.1034
6. Dodwell M, Newburn M. Normal birth as a measure of the quality of care. London, 2010. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=0324-0446(2010)03-0071-0&script=sci_arttext

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. Rodríguez-Garrido P, Gobena-Tricas J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. Matronas 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, Padmasas 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/lud.org/space/bitstream/2445/173292/1/705814.pdf

12. Rodríguez-Garrido P, Gobena-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/Microdatos/Instructivo%20Encuesta%20Dias%20Demograficas.pdf

14. Instituto de Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú. 2004. http://www.instituto.iiepi.gob.pe/microdatos/

15. 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

16. Moscooxy-Porras M, Fuhs A, Carbone A. Access barriers to medical facilities for people with physical disabilities: the case of Peru. Cad Sauve Publica 2019; 35 (12): e00050417. https://www.scielo.org.pe/cspa/a/V6h%7QtpMnF7iRHYD6GVoZs/format=pdf&lang=en

17. 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

18. Del Mastro I, Tejada-Llacsa P, Reinders S, Pérez R, Solís Y, Alva I, et al. Home birth preference, childbirth, and new born care practices in rural Peruvian Amazon. PLoS One 2021; 16 (5): e0250702. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702

19. Ayenew A, Nigussie A, Zewdu B. Childbirth at home and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Heal 2021; 11 (1): 1-18. https://doi.org/10.1186/s13690-021-00569-5

20. 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/10.1016/j.wombi.2021.02.003

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/ciejph.a5641

35. Descieux K, Kavasseri K, Scott K, Beth Parlier A. Why Women Choose Home Birth: A Narrative Review. MAHEC Online J Health Sci 2014; 14 (4): 974-84. https://doi.org/10.4314/jhsag.v14i4.29

36. Declercq E, Stotland NE. Planned home birth. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth-contributors

37. Gurara M, Van Geetruyden J, Guterna B, Draulans V, Jacqueymyn 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, Astakie 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. Moshf M, 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-decretomediadolegislativo-n-1164-1025182-4/

43. Ikeako L, Onah H, Ilobacchie 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, Strumpcher 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. Lazza C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. Rev Cuba Sa- lud 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. Ngyunyu 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.v25i2.1468

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