

Dedicatoria y agradecimientos.

Para mi mamá y mi abuela, quienes me enseñaron que en la vida no hay imposibles, sólo aquellos que uno se niega a intentar.

A mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera, especialmente a mi hermano Ezequiel y a mi papa del corazón Raúl, que cuando decidí embarcarme en este trayecto me apoyaron incondicionalmente. A mis amigos, quienes fueron mis pilares fundamentales durante el transcurso de toda mi carrera, especialmente a Bruno Trossero y Eliana La Fuente.

A la Dra. Verónica Castro, quien me guio en la labor de este Trabajo Final con todo el cariño y disposición de tiempo.

A Natalia Robles, secretaria del Servicio de Neonatología del Hospital Provincial del Centenario, quien me brindo toda la ayuda y los contactos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

A la Universidad Abierta Interamericana, por darme la oportunidad de exponer una cuestión problemática que desde hace varios años está la temática en vigencia y de la cual poco se sabe en la actualidad.

1.- Resumen

En el presente trabajo, en primer lugar trataremos de definir qué es el parto humanizado y el porqué de su surgimiento.

En segundo lugar, explicaremos qué contempla la Ley Nacional N° 25.929¹, seguida de Tratados Internacionales con jerarquía constitucional y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En tercera instancia, analizaremos cómo fue adaptada esta ley marco a nuestra provincia (Santa Fe) y a los distintos nosocomios públicos.

A su vez, a través de una perspectiva cualitativa, desde un enfoque etnográfico, realizaremos un trabajo de campo en la localidad de Rosario, el cual será extractado de la investigación a llevarse a cabo en nosocomios de salud pública con el propósito de comprobar si poseen una infraestructura y equipamiento adecuados para cubrir las necesidades de los progenitores al momento del alumbramiento.

Asimismo, especificaremos cuáles son dichas barreras u obstáculos que las personas deben afrontar.

En relación directa, nos interesa además conocer si los empleados de las entidades de mención conocen la ley y su opinión acerca de la misma.

¹ Ley 25.929. Ley de Parto Respetado. B.O. 21/09/2004.

2.- Estado de la cuestión.

El parto comenzó a realizarse en hospitales a principios del siglo XX para disminuir la mortalidad materno-neonatal. En este contexto se instaló la idea del nacimiento como una enfermedad. Las familias en general y las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas, y aceptaron las reglas de las instituciones.

El equipo de salud, pasó a ser el eje de las decisiones y comenzó a usar en todos los casos tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos de riesgo. Esto fue alejando a las madres del parto natural sin que se lograra una mejora en los resultados perinatales.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS)² realizó una reunión en la ciudad brasileña de Fortaleza y de ese encuentro surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que inició el proceso de transformación del modelo de atención.

A esto se sumó un marco legal internacional y local que procura rescatar el papel activo que debe tomar la mujer embarazada y su familia en el cuidado del embarazo y del recién nacido.

En Argentina, la Ley 25.929 sobre Derechos de Padres e Hijos Durante el proceso de Nacimiento fue aprobada el 26 de agosto de 2004.

El concepto de maternidad centrada, en la familia presupone un proceso de fortalecimiento de la familia y un cambio de paradigma asistencial para sumar a la tecnología el aspecto humano.

² Informe sobre “Tecnologías de Parto Apropriadas”. Confeccionado por la OMS. Fortaleza, Brasil. 1985.

El parto humanizado es, por definición, aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.

A raíz de ello, es que crece el número de mujeres que optan por un trato más personalizado a la hora de dar a luz debido a las falencias del sistema de salud en este sentido. Entre las razones más importantes se destacan el trato despersonalizado que propone el sistema de salud, el acompañamiento invasivo del equipo médico, que muchas veces apuran los tiempos del trabajo de parto y el exceso de intervenciones por cesárea.

¿Cuáles son las causas? ¿Qué se entiende por parto humanizado? ¿Qué contempla la ley Nacional N° 25.929? ¿Se aplica esta ley en la práctica? Son algunos de los tantos interrogantes a los cuales trataremos de ofrecer respuestas durante el desarrollo de este trabajo.

3.- Marco teórico

En la presente investigación utilizaremos conceptos que serán analizados desde su implicancia en el tema propuesto, abordando en el primer capítulo, el concepto de parto humanizado, entendiendo por tal a todo aquel que respete los derechos de la paciente al momento de dar a luz, de quien la acompañe durante el proceso, pasando por qué posición adoptar al momento del alumbramiento, hasta si quiere o no algún tipo de anestesia.

En el segundo capítulo analizaremos el marco normativo al que hace referencia la cuestión planteada, interpretando las normas internacionales e internas sobre el tema en tratamiento.

En el tercer capítulo ingresaremos en el tema específico de conceptualización del modelo en nuestra Provincia con un enfoque intercultural; un modelo de Maternidad Centrada en la Familia (MSCF) con una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, considerando la seguridad de la atención como una de sus prioridades.

En el capítulo cuarto reflejaremos los pasos para su implementación. El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una Maternidad Centrada en la Familia (MSCF) y sus complejidades.

Adjunto a continuación el listado de siglas y abreviaturas utilizadas:

- **CEDAW:** Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- **FUN:** Fundación Neonatológica.

- **HAMN:** Hospital Amigo de la Madre y el Niño.
- **HMIRS:** Hospital Materno Infantil Ramón Sarda.
- **MCF:** Maternidad Centrada en la Familia.
- **MSCF:** Maternidad Segura y Centrada en la Familia.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **RM:** Residencia para Madres.
- **UNICEF:** Fondos de Naciones Unidas para la Infancia.

4.- Introducción

Esta investigación se inserta predominantemente dentro del Derecho Privado, inmerso fundamentalmente en el Derecho de Familia, irradiando sus efectos en el Derecho Público.

Nuestra principal motivación, desde hace un par de años, tanto a nivel personal como laboral, era saber si existía una ley que regulase puntualmente la materia de partos; preocupación que nos llevó a transformarla en el tema principal de este trabajo. El conocer no solo como es tratado este tema en la legislación a nivel Nacional y Provincial, sino también, cómo es contemplado y tratado en materia no de Tratados Internacionales y también, en de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por otro lado analizar cómo se adaptan las mismas no solo en las dependencias sanitarias públicas sino también en las dependencias sanitarias privadas, y por sobre todo, si las mismas son respetadas o no.

Desde la experiencia personal y laboral, debido al trabajo que desempeño en un hospital público, he visto y he compartido, no solo con compañeros de trabajo y pacientes, sino también con familiares de los mismos, el enfrentarse a diario a todo tipo de malos tratos y falencias que presentan tanto los nosocomios como las personas que allí laboran, en un momento tan trascendental como es el alumbramiento. A modo de ejemplo: el no haber disponibilidad de cama para alojar a una madre parturienta, como también la falta de intimidad que conlleva la situación después del nacimiento.

La poca información sobre esta ley, sobre Parto Humanizado, hace que tanto a nivel individual como colectivo, se tenga desconocimiento de lo que trata y de cómo está realmente legislado.

Nuestro interés en este trabajo, y como objetivo general es determinar si las madres están informadas sobre las distintas intervenciones que pudieren tener lugar durante el parto y si pueden optar libremente cuando existan diferentes alternativas. También corroborar si tienen intimidad durante todo el proceso asistencial y si se merecen consideraciones sobre sus pautas culturales, evitando prácticas invasivas y el suministro de medicamentos que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o la persona por nacer entre otras cuestiones.

Los objetivos específicos estarán orientados a la conceptualización del modelo MSCF en nuestra provincia y cuáles son las pautas que deben tenerse en cuenta para su implementación.

En razón del problema planteado intentaremos demostrar, a modo de hipótesis, la necesidad de dar a conocer la legislación vigente para lograr transmitir una mayor seguridad y confianza a las mujeres a la hora del alumbramiento, lo cual implicaría a su vez, una disminución importante en la mala praxis médica.

A modo de cierre, podemos concluir que el solo hecho de poder lograr dar a conocer con mayor profundidad el contenido de esta ley, implicaría no solo respetar los derechos de la mujer, sino que además requerir de la sensibilidad y empatía del equipo médico para interpretar y dar respuestas a las necesidades y miedos de cada pareja.

Capítulo I

PARTO HUMANIZADO.

Sumario: 1.- ¿Qué se entiende por Parto Humanizado? 2.- Las causas. 3.- El cambio de paradigma.

1.- ¿Qué es el Parto Humanizado?

El parto humanizado es, por definición, aquel en que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en las toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital y familiar.

Un parto humanizado significa:

- **RECONOCER** en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir ni interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.
- **RECONOCER Y RESPETAR** las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (sea en una institución o en el domicilio).
- **RESPETAR** la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- **FAVORECER** la libertad de posición y movimiento de la mujer durante el trabajo de parto (en cuclillas, en el agua o como desee).
- **PROMOVER** el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- **RESPETAR** las necesidades de elección de la mujer respecto a las personas que la acompañaran en el parto (familiares, amigos) y cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido y evitar someter al niño a cualquier maniobra innecesaria.

Lo opuesto es el proceso de medicalización habitual en el que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no

consideran las diferencias y especificidades individuales, transformando en violentas las actitudes asistenciales.

El parto y el nacimiento humanizado se fundamentan en la valoración del mundo afectivo y emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas, madre, padre, hija/ hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, siendo uno de los momentos más conmovedores de su historia.

2.- Las causas.

Entre las razones más importantes, del surgimiento de este modelo MSCF, se destacan el trato despersonalizado que propone el sistema de salud, el acompañamiento invasivo del equipo médico, que muchas veces apura los tiempos del trabajo de parto y el exceso de intervenciones por cesárea.

En una entrevista realizada al Dr. Diego Halle³ (MN 85.845), obstetra y director de Comparto (Institución de la ciudad de Buenos Aires), “observa que muchas veces se pueden cumplir las pautas del parto humanizado y de todos modos generar un desamparo al no darle protagonismo a la madre” y destaca que “ se trata de que la mujer pueda elegir a qué ritmo ella quiere hacer todo, en que momento caminar, cuándo quiere que la revisen y cuándo no, si quiere anestesia, etc.

“Es clave que la mujer pueda escuchar su cuerpo, sus necesidades”, resalta el entrevistado. Todo lo que la saque de su foco de atención le resta, todo lo que no le guste, la haga dudar, va en contra de su trabajo de parto.

³ Revista Tendencias. Publicada el 13/02/2014.

Entre las principales falencias del sistema de salud nos encontramos con la cantidad de partos que maneja cada médico lo que le impide desarrollar un mejor vínculo con su paciente. Todo indicaría, que una de las causas de esta tendencia que crece, es el escaso tiempo que los profesionales de la salud dedican a escuchar a sus pacientes.

En muchas partes del mundo se tiene una visión del parto patológica, intervencionista y jerárquica en el cual las mujeres dudan o se olvidan de su capacidad de parir, ya sea por miedo o comodidad, delegan en otro la responsabilidad de su parto, permitiendo que su derecho a opinar, a solicitar, a cumplir sus necesidades, sea abolido. El médico encargado, toma el evento del parto como suyo, arrebatándole a la mujer así, la posibilidad de ser la protagonista principal de este hecho tan trascendente para ella y su familia, ya que considera que solo él es quien sabe que es lo que debe hacer para tener un alumbramiento sin problemas.

El avance de la ciencia y la tecnología, ha dado lugar a una excesiva medicalización del parto. La modernidad y el avance científico, en su afán de reducir peligros, no necesariamente existentes en todos los casos, han llevado al evento del parto en rutinas innecesarias, tecnológicas y en uso de sustancias que pueden llegar a ser más peligrosas que el parto mismo. Por lógica, el empleo de estas rutinas es del dominio de los médicos, lo que justificaría así su presencia (casi imprescindible) en los nacimientos.

Mucha gente, incluso las mismas mujeres embarazadas, sus familiares y los médicos, consideran que el embarazo y el parto son condiciones peligrosas que ponen en riesgo la vida de la mujer y de su hijo aun nonato. La realidad es que ambas son situaciones fisiológicas, o sea normales en la mujer, y solo importan ciertas

necesidades, y ameritan algunos cuidados especiales. Sin embargo, no significa que la mujer este enferma o que pueda ser fácilmente afectada en su salud y en su vida.

3.- El cambio de paradigma.

La atención humanizada del parto y el nacimiento se fundamentan en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas y en los deseos y necesidades de sus protagonistas.

Durante el siglo XX, la falta de confianza en la naturaleza, y el exceso de confianza médica en la tecnología llevaron a la aplicación de una serie de prácticas que fueron caracterizando a la obstetricia moderna:

- Los médicos sustituyeron a las parteras en los partos normales;
- Los hospitales reemplazaron a los hogares;
- El equipo obstétrico de los hospitales ocupó el lugar de la familia como apoyo en el parto;
- La posición de litotomía acostada desplazó a las posturas verticales;
- El examen del recién nacido en los primeros 20 minutos sustituyó al contacto materno;
- La leche artificial reemplazó a la leche materna;
- El nido central y la incubadora sustituyeron a la madre.

En los años 80 evolucionaron dos grandes conceptos diferentes: por un lado el modelo médico y por el otro el modelo social; este último apoyado mayoritariamente por parteras, científicos perinatales y profesionales de la salud pública.

Los años 90, fueron testigos, de una aceleración de la difusión del modelo social: poco a poco, la medicina basada en evidencias se convirtió en la meta y fue ofreciendo pruebas contundentes hacia la necesidad de cambios en la atención institucional del parto.

Poco a poco, en algunos países se empezaron a poner cortinas y mecedoras en las salas parto, se instaló la maquinaria tecnológica detrás de las cortinas, se desarrollaron casas de partos independientes, aumentaron el número de parteras, se hicieron cambios legislativos, y se llegó a la conclusión de que el modelo médico funciona bastante bien para la enfermedad y los accidentes, pero no encaja bien dentro de los ciclos de la vida como el nacimiento o la muerte⁴.

⁴ Roberto Carrión Balderas. Programa de Líderes de Salud Internacional. Año 2009.

Capítulo II.

MARCO NORMATIVO DEL PARTO HUMANIZADO.

Sumario: 1.- A nivel Nacional. 1.1.-Ley Nacional. 1.2- Decreto Reglamentario. 2.- A nivel Internacional. 2.1.- Recomendaciones de la OMS. 2.2- Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). 2.3- Declaración Universal de Derechos Humanos. 2.4- Pacto de San José de Costa Rica. 2.5- Declaración de Ceará en torno a la Humanización. 2.6- Convención sobre los Derechos del Niño. 3.- A nivel provincial. 3.1.- Ley Provincial. 4.- A nivel Municipal. 4.1.- Ordenanza Municipal N° 6244/1996. 4.2- Ordenanza Municipal N° 17.273/1999. 4.3- Ordenanza Municipal N° 8.333/2005.

1.- A nivel nacional

1.1.- Ley Nacional N° 25.929.

En Argentina, la ley 25.929, de parto humanizado, sancionada el 25 de agosto de 2004, es la garantía legal que protege los derechos de la mujer embarazada, su familia y su hijo por nacer y engloba sus derechos.

Esta ley fue implementada en septiembre de 2004 y cubre ampliamente diferentes momentos del embarazo, parto y nacimiento.

El artículo 2⁵ describe los derechos de la mujer en relación al embarazo, parto y post parto, e incluye el concepto de un control del embarazo adecuado.

Básicamente los derechos contemplados son los siguientes:

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando

⁵ Art. 2. Ley 25.929. Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

existan diferentes alternativas. Cada uno de estos procedimientos se realizan como un hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin reflexión, transformándolas en un ejercicio de poder en el que la mujer es sometida. Nada de esto debe funcionar como rutina y debe ser usado como consecuencia y alternativa individual frente a problemas concretos. Partiendo de la base de que la mayoría de los partos evolucionan espontáneamente, la mujer debería intentar ejercer su derecho a que no se intervenga innecesariamente, para que así sea.

- A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado, que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales. Los modelos de asistencia rutinarios, toman muy poco en cuenta las modificaciones intensas que suceden en las emociones de la embarazada. Prácticamente se ocupan exclusivamente de los cuidados físicos de la madre y el hijo pero nada o casi nada del cuidado de la salud afectiva. Pero en el modelo propio, aquel que la mujer construye para sí misma, debe sentirse libre y contenida al mismo tiempo. Dudar, preguntar, obtener respuestas, etc.
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. ¿De dónde proviene esta idea? Desde el comienzo de la gestación empiezan a cambiar cosas. Estos cambios en la mujer provocan en la gente la sensación de no habitualidad y se tiende a considerar lo no habitual como anormal. Aparecen las advertencias que presuponen un cuidado. Muchos de estos están enfocados a limitar su actividad física, un organismo enfermo se supone que debe estar en reposo, lo cierto es que es simplemente una etapa importantísima en la vida de una mujer, que no le impide casi nada y que debe ser vivida con placer y permisos.

- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministros de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hija o hijo y, en general, a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. Sería deseable que todos los sistemas prenatales estimularan el descubrimiento propio, la creatividad, la posibilidad del placer para que la embarazada se reafirme en su derecho a sentirse dueña de su cuerpo.
- A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto y postparto. El embarazo y el parto fueron históricamente cosa de mujeres. Pero esta situación está cambiando, porque también se transformó la relación de pareja. Actualmente, los nuevos paradigmas sociales y económicos provocan cambios frente a la situación de embarazo. Si los dos quieren compartir las vivencias del parto, la pareja debe defender este derecho a que él participe, porque el nivel de emoción de ambos durante esta milagrosa experiencia será más intenso y perdurable.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. Del cuerpo de la embarazada a partir del nacimiento, surge otro cuerpo, el de su hijo, y estos dos seres tienen derechos y necesidades que se corresponden. Cuando se

favorece el reencuentro mamá-bebé, la acomodación es inmediata y calma a ambos.

En su artículo 3⁶ contempla básicamente los derechos del recién nacido que son:

- A ser tratado en forma respetuosa y digna.
- A su inequívoca identificación.
- A no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
- A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Y por último tenemos el artículo 4⁷ el cual establece como debe proceder el personal médico con respecto a los padres en el caso de que la persona recién nacida se encuentre en situación de riesgo. Tales consideraciones son:

⁶ Art. 3. Ley 25.929. Toda persona recién nacida tiene derecho:
a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
b) A su inequívoca identificación.
c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

⁷ Art. 4. Ley 25.929. Toda persona recién nacida tiene derecho:
a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
b) A su inequívoca identificación.
c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.

- A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- A tener acceso continuado a su hija o hijo mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

A nuestro criterio estos tres artículos son los pilares fundamentales en los que se basa esta ley.

1.2.- Decreto Reglamentario 2035/2015⁸.

Este decreto, que reglamenta la Ley Nacional N° 25.929, fue sancionado el 24 de septiembre del corriente año en la ciudad de Buenos Aires y publicado el 01 de octubre de 2015.

Entre sus disposiciones podemos destacar las siguientes:

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

⁸ Decreto reglamentario 2035/2015. B.O. 1/10/2015.

- Establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y entidades de medicina prepaga deben brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el Programa Médico Obligatorio (PMO).
- Pone nuevamente en relieve, los derechos maternos y del recién nacido. También, destaca, la forma en que debe proceder todo el equipo médico antes, durante y con posterioridad al alumbramiento.
- Resalta la importancia del vínculo corporal entre la madre y el recién nacido.
- La necesidad de información clara y precisa a los padres en caso de situaciones de riesgo durante el embarazo, parto y también, en caso de que el recién nacido tuviera complicaciones.
- Resalta que dicha ley siempre debe velar por el binomio madre-hijo según las recomendaciones de la OMS.

2.- A nivel internacional

2.1.- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Bajo el lema “el nacimiento no es una enfermedad”, en abril de 1985, la Organización Mundial de la Salud, emitió recomendaciones las cuales fueron tomadas de un informe sobre “tecnologías de parto apropiadas”.

Estas 16 recomendaciones tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada, que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planeación, realización y evaluación de la atención, y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada.

Las recomendaciones básicamente son:

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de parto (como porcentajes de cesáreas, entre otros)
- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesáreas. En nuestro país el porcentaje de cesáreas en los centros privados es del 50% anual.
- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior.
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No está indicada la higiene personal en la región púbica ni el uso de enemas.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se les debe

animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la apertura vaginal).
- No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor que el 10%.
- Debe evitarse durante el parto, la administración por rutinas de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
- No se justifica científicamente la ruptura temprana artificial de la membrana por rutina.
- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda la tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que los han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes

similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto solo después de una evaluación adecuada.

2.2.- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁹.

Esta Convención obliga a los Estados a adoptar medidas de manera muy concreta para eliminar la discriminación contra las mujeres. Reconoce el papel de las culturas y las tradiciones en el mantenimiento de la discriminación contra las mujeres y obliga a los Estados a eliminar los estereotipos en los roles de hombres y mujeres.

En su preámbulo nos invita a tener presentes el gran aporte de la mujer al bienestar de la familia y el desarrollo de la sociedad, hasta ahora no plenamente reconocido, la importancia social de la maternidad y la función tanto del padre como de la madre en la familia y en la educación de los hijos, y conscientes de que el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación, sino, que la educación de los niños, exige la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres de la sociedad en su conjunto.

En su artículo 5 inciso b¹⁰ establece que los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que la educación familiar incluya una comprensión

⁹ Creada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. 1946. Aprobada por nuestro país según Ley 23.179. B.O. 27/05/1985.

¹⁰ Art. 5. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;

adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que para el interés de los mismos constituirá la consideración primordial en todos los casos.

2.3.- Declaración Universal de Derechos Humanos¹¹.

El Preámbulo proclama que tanto los individuos como las instituciones deben promover, mediante la enseñanza y la educación el respeto a estos derechos y libertades. Además que aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional su reconocimiento y aplicación universales y efectivos.

Con ésta convención el Estado parte se obliga a garantizar la salud a todos sus ciudadanos.

Artículo 1¹²: expresa que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia.

Artículo 2¹³: dictamina que toda persona tiene todos los derechos y libertades reconocidos en esta declaración, sin distinción alguna de ningún tipo.

Artículo 3¹⁴: determina que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona.

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.

¹¹ Adoptada y proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), el 10 de Diciembre de 1948.

¹² Art 1 Declaración Universal de Derechos Humanos: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

¹³ Art 2 inc. 1 Declaración Universal de Derechos Humanos: Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Artículo 7¹⁵: declara que todos son iguales y protegidos por la ley y además contra toda discriminación que infrinja esta Declaración.

Artículo 22¹⁶: afirma que toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para su dignidad y para el libre desarrollo de su personalidad.

Además conforme al **artículo 25**¹⁷ de este instrumento internacional, el Estado se obliga a brindar a todos sus habitantes un nivel de vida adecuado, que les asegure la salud y el bienestar.

Al ser una declaración sienta bases y principios que los estados partes crean y se comprometen a cumplir internamente en sus naciones, pero quienes la firman no adquieren la obligación de cumplir con su articulado.

¹⁴ Art 3 Declaración Universal de Derechos Humanos: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

¹⁵ Art 7 Declaración Universal de Derechos Humanos: Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

¹⁶ Art 22 Declaración Universal de Derechos Humanos: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

¹⁷ Art 25 inc. 1 Declaración Universal de Derechos Humanos: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2.4.- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José de Costa Rica)¹⁸.

Siguiendo la misma línea que la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su Preámbulo reconoce que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual se justifica una protección internacional.

Conforme a ésta convención en su **artículo 1**¹⁹, los Estados Partes se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona.

En virtud del **artículo 2**²⁰, si el ejercicio de esos derechos y libertades no estuvieren ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales las medidas legislativas que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

¹⁸ Suscripta en San José, Costa Rica, el 22 de Noviembre de 1969 y aprobada por la República Argentina mediante ley 23.054.

¹⁹ Art. 1 Convención Americana sobre Derechos Humanos. OBLIGACIÓN DE RESPETAR LOS DERECHOS: 1.- Los Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. 2.- Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.

²⁰ Art 2 Convención Americana sobre Derechos Humanos. DEBER DE ADOPTAR DISPOSICIONES DE DERECHO INTERNO: Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el art. 1 no estuvieren ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

Entre los derechos consagrados por esta convención, se encuentran el “Derecho a la Vida” (**Artículo 4²¹**), el “Derecho a la Integridad Personal” lo que significa que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral (**Artículo 5²²**). Y en éste sentido, el derecho a la salud está íntimamente vinculado con los derechos personalísimos a la vida y a la salud corporal. La vida es un bien supremo de la persona, debe vivirse en plenitud y para ellos es necesario tener salud, lo que permite el pleno desarrollo de la personalidad.

2.5.- Programa de Acción de El Cairo²³.

Este programa en su capítulo VII trata los derechos reproductivos. Puntualmente en el apartado D trata la sexualidad humana y las relaciones entre ambos sexos.

En el punto 7.34²⁴ establece que tanto hombres como mujeres están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad de lograr y mantener la salud sexual y regular la fecundidad. También plantea la igualdad entre géneros a la hora de la procreación, incluido el pleno respeto a la integridad física del cuerpo humano, el cual exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual.

²¹ Art 4 Convención Americana sobre Derechos Humanos. DERECHO A LA VIDA 1.- Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

²² Art 5 Convención Americana sobre Derechos Humanos. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL 1.- Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

²³ Programa de Acción de El Cairo. Par. 7.37. 18/10/1994.

²⁴ Programa de Acción de El Cairo. Par. 7.34. La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el hombre y la mujer.

2.6.- Declaración de Ceará en torno a la Humanización²⁵

Esta Conferencia se celebró del 2 al 4 de noviembre del año 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil.

De manera unánime surgió la importancia de comprometerse, organizarse y actuar en favor de servicios maternos que denoten sensibilidad a las necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las madres y sus familias. Para tales efectos:

- Propiciar el intercambio entre países de estrategias comunitarias que conduzcan al cambio social, basados en los requerimientos de las madres y la evidencia física.
- Fomentar acciones que promuevan la integración de los criterios para la salud y los cuidados maternos establecidos por la OMS en las políticas de gobierno.
- Establecer la revisión de prácticas de todo profesional o servidor relacionado a los cuidados maternos, promover la enseñanza de destrezas necesarias, estudiadas y recomendadas por la OMS para trabajar a favor de mantener el equilibrio de la salud,
- Promover personas que se comprometan a trabajar a favor de la humanización de los cuidados de la salud maternal, entre otros.

²⁵ Conferencia Internacional Sobre la Humanización del Parto. Fortaleza, Ceará. Año 2000.

2.7.- Convención sobre los Derechos del Niño²⁶.

Esta Convención es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante de la protección de los Derechos del Niño, lo que significa que establece una fuerza obligatoria para el conjunto de derechos que estipula. Esto implica que los Estados que han ratificado la Convención están obligados a respetar y a asegurar que se respeten todos los derechos que ésta establece en nombre de los niños.

Artículo 2²⁷: enuncia que los Estados deben respetar los derechos enunciados en esta Convención y asegurar su aplicación a cada niño, sin discriminación de ningún tipo.

Artículo 3²⁸: Cuando las autoridades, o las personas adultas, adopten decisiones que tengan que ver con el niño, deben hacer aquello que sea mejor para su bienestar y desarrollo.

Artículo 6²⁹: Reconoce que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Además se debe garantizar en la medida que sea posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 23³⁰: Determina que el niño mental o físicamente impedido debe disfrutar de una vida plena y decente en condiciones de asegurar su dignidad, le

²⁶ Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de Noviembre de 1989.

²⁷ Art. 2 Convención sobre los Derechos del Niño: **1.-** Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

²⁸ Art 3 Convención sobre los Derechos del Niño: **1.-** En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

²⁹ Art 6 Convención sobre los Derechos del Niño: **1.-** Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. **2.-** Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. También se les garantiza el derecho recibir atención y cuidados especiales, para que el niño tenga un acceso efectivo a la educación, capacitación, servicios sanitarios, y así logrando la integración social y desarrollo individual.

Artículo 24³¹: En lo atinente a la salud y los servicios sanitarios, los niños tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud (que incluye agua potable, una buena higiene, alimentación) y a recibir atención médica cuando el niño lo requiera.

³⁰ Art 23 Convención sobre los Derechos del Niño: 1.- Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. 2.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él. 3.- En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible. 4.- Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

³¹ Art 24 Convención sobre los Derechos del Niño: 1.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2.- Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. 3.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. 4.- Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 27³²: La Convención declara que todos los niños tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. A los padres u otras personas encargadas el niño les incumbe la responsabilidad de proporcionarle, dentro de sus posibilidades y medios económicos las condiciones que sean necesarias para el desarrollo del niño. Y en caso de que no puedan proporcionarlo, las autoridades deben ayudarlos.

3.- A nivel Provincial.

3.1.- Ley Provincial N° 12.443³³.

En nuestra Provincia, la adaptación de la ley, se hizo el 14 de setiembre de 2005 bajo el nombre de “Acompañamiento en el parto”.

Dicha ley se estructura en siete artículos los cuales contienen básicamente las mismas disposiciones que la Ley a Nivel Nacional pero hace especial hincapié en:

- La libre elección del acompañante.
- La obligación del Programa de Atención Perinatal, tanto en efectores públicos como privados, del derecho de acompañamiento que asiste a la embarazada.

³² Art 27 Convención sobre los Derechos del Niño: 1.- Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. 2.- A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. 3.- Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda. 4.- Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados

³³ Ley Provincial 12.442. Acompañamiento en el Parto. B.O. 14/09/2005.

- Individualización del acompañante al momento del alumbramiento.
- El establecimiento de que el incumplimiento de este derecho por parte de los profesionales del Arte de Curar se considera falta grave.
- La obligación del Ministerio de Salud de fomentar la difusión de este derecho.

Prácticamente centro su atención en el hecho de que la mujer se halle acompañada durante y con posterioridad al alumbramiento.

4. A nivel Municipal.

4.1.- Ordenanza N° 6244/1996³⁴.

Esta Ordenanza básicamente se limita a crear el programa de “Procreación Responsable”, que garantiza el derecho humano de decidir libre y responsablemente sus pautas reproductivas.

4.2.- Ordenanza N° 17.273/1999³⁵.

Esta Ordenanza establece el “Derecho de toda Mujer a permanecer acompañada por un familiar en el trabajo de Parto y en el periodo de Post-Parto”.

El fundamento de la misma radica, sobre todo, en la primera etapa de la vida del niño, donde el monopolio del cuidado de los niños es asignado a las madres, obligando a las mismas a sentirse siempre en falta ya que las exigencias son continuas e ilimitadas. El rol materno deviene de un proceso histórico, y por ende, su construcción simbólica es condicionante.

³⁴ Ordenanza N° 6244/1996. Procreación Responsable.12/09/1996.

³⁵ Ordenanza N° 17.273/1999. Derecho de toda Mujer a permanecer acompañada por un familiar. 02/12/1999.

4.3.- Ordenanza N° 8333/2008³⁶.

Esta Ordenanza declara la “Semana del Parto Respetado” la cual se celebra en nuestra ciudad, Rosario, del 12 al 18 de mayo.

El objetivo de esta conmemoración es instalar en el seno de la ciudadanía, a través de los diferentes medios de comunicación, el tema de la humanización y el respeto en el parto y el nacimiento.

Entre los objetivos de la misma se encuentran:

- Promover la humanización y en consecuencia el redescubrimiento de lo que es normal durante el ciclo prenatal y postnatal.
- Favorecer desde antes del embarazo, los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y el bebé que nace, ofreciéndole un ambiente de seguridad, confianza y respeto, además de habilidades técnicas de quienes la acompañen en esa etapa.
- Propiciar el inicio y la evolución de estrategias y acciones conducentes al mejoramiento de programas y políticas gubernamentales, con base en evidencias científicas.
- Difundir información y llevar a cabo estudios en torno a modelos y prácticas benéficas en la atención al parto, tanto en sistemas modernos como en poblaciones rurales e indígenas.
- Hacer efectiva la incorporación de las recomendaciones sobre la atención segura en el momento del parto propuestas por la OMS,

³⁶ Ordenanza N° 8333/2008. Semana del Parto Respetado. 06/11/2008.

Esta Ordenanza le permite a la población en general informarse, debatir y reflexionar ante la falta de atención de los diferentes prestadores del servicio de la salud.

Capítulo III

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

Sumario: 1.- Conceptualización del modelo. 2.- Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF. 3.- Descripción de los ejes y principios del modelo MSCF. 3.1- Eje conceptual 1ª. 3.2- Eje conceptual 2do. 3.3- Eje conceptual 3ro. 3.4- Eje conceptual 4to. 3.5- Eje conceptual 5to. 4.- MSCF con enfoque intercultural.

1. Antecedentes.

El modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal; fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda (HMIRS) de Buenos Aires.

La construcción de este modelo se realizó de forma progresiva, aunque no planificada o anticipatoria.

En sus inicios, la maternidad incorporó diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras; poco a poco; estas prácticas fueron articulándose como piezas de un proceso complejo y en evolución continua. En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. La iniciativa Maternidades Centradas en la Familia está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementarla en la Argentina desde 1994.

En 2007 se publicó la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino para ser “centradas en la Familia”. A fines del 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³⁷ editó *El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Estudio de buenas prácticas*, que describe la implementación de la iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho Hospital, se identifican factores críticos positivos y

³⁷ Organización Panamericana de la Salud. “Estudio de Buenas Practicas”. Año 2008.

negativos, y se comunican las lecciones aprendidas. Ambas publicaciones ponen énfasis en cómo pueden realizarse acciones para lograr el cambio hacia una MCF, pero no proponen mecanismos de evaluación de las actividades desarrolladas.

Durante el último trimestre de 2009, UNICEF y Fundación Neonatológica (FUN) realizaron un trabajo conjunto con el fin de establecer un diagnóstico de situación en ocho maternidades situadas en diferentes regiones del país que, de acuerdo con la información provista por el Ministerio de Salud de la Nación, se encontraron entre los principales 100 centros de atención perinatal. A su vez, durante ese mismo periodo, UNICEF trabajó, junto al Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento en la iniciativa Maternidad Segura.

Se conceptualizó un nuevo modelo integrado: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), que define los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada MSCF.

Durante 2010 y 2011 UNICEF, junto a FUN, los gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, iniciaron un proceso de actividades conjuntas para favorecer la transformación de maternidades públicas en MSCF. A diciembre de 2011, 71 maternidades de las provincias de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe adhirieron a la iniciativa.

2.- Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades, estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud, promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién

nacido, implementa practicas seguras y de probada efectividad y fortalece otras iniciativas como la lactancia materna.

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 16 principios. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuye a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. Para el logro de este propósito se pretende que:

- Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establezcan como una de sus prioridades.
- El equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten sobre sus derechos y los de su hijo o hija, mediante comunicación efectiva y en su lengua de origen, cuando fuera necesario.
- Los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo.
- Las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar en actividades de voluntariado y acompañamiento si se necesitara.
- El equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas.

- La institución cuente con un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna.

Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSCF y define los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio.

3.- Descripción de los ejes y principios del modelo MSCF.

3.1- Eje conceptual 1: “Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención”.

Toda MSCF considera la atención centrada en la familia y segura una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud. Se sustenta en 4 principios:

- *El modelo MSCF es coherente con el pensamiento universal vigente:* las actuales prioridades reconocidas universalmente en relación con el futuro de la medicina se refieren, a dos aspectos, la medicina centrada en el paciente y la seguridad del paciente. El paciente es la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer, y su familia, entendida como toda configuración vincular en la cual exista al menos un adulto responsable a cargo de los menores del grupo, las familias presentan en la actualidad formas dinámicas y variadas a partir de las cuales son capaces de cumplir con su función. Representan, así, la unidad mínima funcional del tejido social.
- *El modelo MSCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico:* los avances científicos y el consecuente mayor

conocimiento diagnóstico y terapéutico en la asistencia obstétrica, permiten la atención adecuada de las patologías previas y concomitantes del embarazo y de las complicaciones del mismo. Esto se traduce en que en la gran mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad severa materna y fetal sean evitables. Las tecnologías cada vez más precisas (como el diagnóstico por imágenes), permiten realizar el diagnóstico temprano de situaciones y decidir la mejor alternativa para garantizar la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo o hija en gestación (como por ejemplo el desprendimiento de la placenta). En resumen, sumar lo humanístico a la tecnología.

- *Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma:* el error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Se trataba de un problema intelectual y científico que simplemente desafiaba misterios en la adquisición y aplicación de conocimientos, y su análisis constituía una excelente herramienta docente. Luego se sumó la reacción de castigar al responsable del error, suponiendo que el error era producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual, y era necesaria la culpa. Ese error pasó luego a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad y castigo que, cuando era considerado producto de la mala práctica, determino que se ocultara, disimulara con falsedades, o transfiera la propia responsabilidad a otro. Todo esto produjo que se dejara de aprender del error; esta situación promueve mayor temor en los profesionales de salud y genera una creciente tendencia a ocultar errores.

- Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.

3.2- Eje conceptual 2: “Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija”.

El modelo MSCF protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija. La protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo, que se sustenta en los siguientes principios básicos:

- No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos: los agentes de salud no deben sentirse desplazados por la familia; su rol asistencial será por demás de valorado puesto que es inherente a la posibilidad de las personas ejercer el derecho a la vida, condición que solo se cumple con una adecuada y comprometida asistencia integral en salud.
- Enfrenta la inequidad y la discriminación: se basa en el derecho de todas las madres y sus hijos a recibir atención adecuada, independientemente de su cultura, su condición socioeconómica o su edad. La atención se sustenta en prácticas basadas en la evidencia científica y respeta la privacidad y autonomía y la capacidad de los padres de tomar decisiones informadas. El modelo promueve fuertemente el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las pacientes, su situación familiar y estilo de vida. Es un cambio de cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el recién nacido, enfocado en la seguridad y en la prevención del error; orientado a las buenas prácticas y a las intervenciones basadas en la evidencia científica.

- Admite publicidad en el marco de la ética: las comunicaciones son esenciales para el progreso del conocimiento y para la información de la comunidad. En este sentido, el progreso ha sido constante y dinámico. Los medios de comunicación son diversos, lo cual permite un acceso universal.

3.3- Eje conceptual 3: “Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio”.

El modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hija o hijo antes y después del nacimiento. También estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija. Los principios en que se sustentan son:

- Empodera a la familia y tiene beneficios agregados: el modelo de MSCF estimula la participación de la pareja y de la familia en la satisfacción de las necesidades de la mujer en cada etapa del embarazo y luego del parto, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración. El equipo de salud brinda información a la mujer y a su pareja de manera clara y comprensible, incluyendo aspectos como la evolución del embarazo, lo esperable dentro de la normalidad, los signos y síntomas que ameritan una consulta inmediata, entre otros. Se informa a los padres para hacerles partícipes de la toma de decisiones ante cada situación. Los principales

responsables de la mortalidad neonatal son la prematuridad y sus patologías asociadas. En estos casos, la participación activa de los padres en los servicios de neonatología tiene múltiples beneficios potenciales como: ahorro de horas de enfermería neonatal; disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria; incrementa el porcentaje de la lactancia materna; contribuye a identificar problemas en el servicio cuya solución mejoraría la calidad y la seguridad de la atención; facilita la detección de adicciones, entre otras.

- *Es gratificante para todos los agentes de la salud:* la salud pública enfrenta desde siempre una situación de crisis, de la cual los agentes de la salud no están exentos. Déficit presupuestario, programas que pierden continuidad, deterioro de la planta física de las instituciones, etc. El modelo MSCF, por sí solo, no puede corregir esta realidad, pero si ofrece la posibilidad de que los agentes de salud comprometidos con ella se sientan gratificados por el reconocimiento de las familias beneficiadas.
- *Posibilita el compromiso y la participación comunitaria:* la comunidad, informada sobre el MSCF, tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas inherentes a su idiosincrasia y cultura. Este aporte enriquece el modelo a incluir características históricas y culturales de la población. En el caso de las familias de pueblos indígenas y países migrantes, la comunidad informada debe participar como parte cooperante de las decisiones en materia de servicios de salud, administración, prestación de servicios, atendiendo y respetando sus tradiciones y cultura.

3.4- Eje conceptual 4: “Uso de prácticas efectivas y seguras”.

El modelo MSCF promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio. Los principios en que se sustentan son:

- *Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia:* la comunidad científica pretende, con razón, que las intervenciones sean objeto de evaluación con metodología de investigación acorde, para ser consideradas beneficiosas o, por el contrario, perjudiciales. Este modelo, también cumple ampliamente con esta exigencia. El uso de prácticas basadas en la evidencia y sistematización constituye la base de la seguridad para las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias.
- *Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua:* la medicina moderna está centrada en el paciente (y su familia) y cuida su seguridad. El objetivo siguiente es alcanzar calidad continua, para lo que el MSCF es un excelente marcador, porque implementa acciones de calidad y promueve barreras para minimizar la ocurrencia de eventos adversos.
- *Busca promover intervenciones costo-efectivas, replicables y seguras;* los planes sociales, especialmente los que se aplican en salud, tienen como prerrequisito ser de impacto social, innovadores, eficientes (realizados con bajo costo), eficaces (replicable con idénticos resultados), seguros (proporcionan barreras que disminuyen la variabilidad humana), en resumen, costo-efectivos. El modelo de MSCF pretende alcanzar este objetivo promoviendo intervenciones de relativo bajo costo y de probada efectividad clínica, para una población vulnerable como es la materno-infantil.

- Contribuye al cumplimiento de los objetivos del milenio: la reducción de la mortalidad de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y la reducción de la mortalidad infantil se encuentra entre las metas establecidas por dos de los diez objetivos del milenio. El modelo MSCF es una estrategia que contribuye al logro de ambos objetivos.
- Sus resultados pueden ser cuantificados: toda iniciativa necesita ser evaluada periódicamente para confirmar el impacto social deseado y modificar los aspectos problemáticos. El modelo de MSCF tiene la posibilidad de ser monitoreado con una guía que cuantifica el cumplimiento de los pasos e identifica fortalezas y barreras.

3.5- Eje conceptual 5: Fortalecimiento de otras iniciativas”.

El modelo MSCF promueve fuertemente la lactancia materna y el involucramiento y la participación de las maternidades en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN). Este eje se sustenta en el siguiente principio:

- El modelo MSCF es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias: este modelo puede ser interpretado erróneamente como restringido a los derechos de la familia en relación con la gestación y el nacimiento de sus hijos o hijas. Sin embargo esto no es así. Para posibilitar su verdadero protagonismo es necesario que las maternidades cumplan con todas las actividades asistenciales, incluyendo las preventivas, vinculadas con la salud de los pacientes. Son ejemplo de ellos su correlato “maternidades segura” y propuestas como el cuidado de la salud de la mujer fuera del embarazo, las condiciones de los servicios que garanticen una adecuada atención de los embarazos y

partos normales, entre otras. Además, en todas las áreas (desde control prenatal e internación conjunta hasta cuidados intensivos) se jerarquiza la pesquisa de determinantes sociales de impacto desfavorable para su correspondiente abordaje.

4.- Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con enfoque intercultural.

UNICEF promueve la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal del servicio de la salud, para contribuir así, a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas. Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes al Estado argentino o sean familias provenientes de países vecinos.

En Argentina existen, distribuidos en las distintas provincias, al menos 30 pueblos indígenas³⁸, la mayoría con conocimientos y prácticas de salud y abordaje de la maternidad que le son propios³⁹. Según la legislación nacional y los convenios internacionales que protegen los derechos de estas comunidades, los equipos de salud, incluidos los de las maternidades, deben promover el involucramiento de las comunidades indígenas en su situación de salud a través de las y los líderes elegidos según sus propios mecanismos. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica expresamente los lineamientos para que “los *pueblos indígenas*

³⁸ Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas. Indec. 2007.

³⁹ Entendemos por pueblos indígenas a aquellas personas y comunidades que descienden de las poblaciones “que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización, o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conserve todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”. Convenio 169 OIT. Año 1989.

sean partícipes y partes cooperantes de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios atendiendo y respetando sus tradiciones y cultura”⁴⁰.

La adopción de un enfoque intercultural en el marco de la iniciativa MSCF requiere incorporar a las comunidades indígenas a través de la consulta a sus representantes según sus propios mecanismos deliberativos, incluyendo a las madres en esos procesos. La participación activa de los integrantes de estas comunidades permitirá la adecuación cultural y mejorar la calidad del servicio brindado por la institución, de tal forma que sea amigable a sus usuarias, sin importar el origen étnico, la nacionalidad, color de piel o nivel socioeconómico de la futura madre y de su familia.

⁴⁰ Convenio 169 de la OIT. Artículos 25 y 30. Año 1989.

Capítulo IV

PROPUESTA.

Pasos para la implementación del modelo MSCF.

Sumario: 1.- Conceptualización y análisis del modelo. 2.- ¿Cómo se implementan estos pasos en contextos interculturales? 3.- Actividades para la implementación de cada paso. 4.- Pautas para el trabajo diario del equipo de salud en contextos interculturales.

1.- Los diez pasos hacia una MSCF.

La implementación del modelo MSCF es una intervención compleja⁴¹ y se sustenta en la realización de diez pasos.

El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una MSCF presenta complejidades de distintas dimensiones:

- Incluye distintos componentes que actúan a lo largo del proceso de atención de la embarazada, desde su primer contacto con la maternidad hasta que su hijo o hija es dada de alta en el seguimiento ambulatorio.
- El logro de los resultados dependen de cambios que deben alcanzarse a distintos niveles del sistema: en la cultura, en la estructura y el funcionamiento de la organización; en la conducta de los miembros del equipo de salud e, incluso, en la de las madres y sus familiares.
- Los resultados son de distinta índole: algunos están relacionados con la efectividad del proceso de atención, otros con la protección de los derechos de los padres y el recién nacido, otros con el fortalecimiento de otras iniciativas, como el Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN).

La estrategia para la implementación del modelo MSCF abarca, como dijimos, 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento ambulatorio. Algunos de estos pasos, como el 2, 3, 4,5 y 8, son atravesados transversalmente por los ejes conceptuales; otros, como el 6 y 9, se

⁴¹ Las intervenciones complejas pueden ser descritas como aquellas que contienen múltiples componentes que interactúan entre sí. La complejidad puede estar dada por distintos aspectos de la intervención, como por ejemplo, a diferentes poblaciones objetivo, diferente tipo de resultado.

alinean con los ejes a lo largo del continuo de la atención. Los pasos 1 y 10 establecen el contexto cultural necesario para la implementación del modelo, y su transferencia hacia adentro y hacia afuera de la institución respectivamente.

Paso 1: Reconocer el concepto de MSCF como una política de la institución.

Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MSCF, presupuesto destinado para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario que lidera las acciones necesarias.

Paso 2: Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN).

Se facilita la asistencia al control prenatal (CPN) con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se promueve la articulación entre las distintas áreas de la maternidad para facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, la lactancia materna, la procreación responsable y sobre el curso de preparación para la maternidad.

Paso 3: Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo parto.

Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y en el parto, tanto normal como patológico, sea este un familiar o partera empírica, sanadora tradicional o agente espiritual. Se alienta a la mujer a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos, posiciones y tiempos en el parto, proveyendo la infraestructura y

mobiliario mínimo que lo haga posible. Se estimula la lactancia precoz y el vínculo temprano madre-hijo o hija.

Paso 4: Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanas con la participación de la familia.

Se evita la separación del binomio madre-hijo o hija sanas o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de los padres y demás familiares.

Paso 5: Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal.

Padre y madre tienen ingreso irrestricto en la internación neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del recién nacido internado. Se promueve el contacto piel a piel y la lactancia materna.

Paso 6: Contar con una Residencia para Madres que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.

La residencia para madres permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.

Paso 7: Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.

El voluntariado hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas o madres y a sus familias en todas las áreas de la maternidad y en la residencia para madres.

Paso 8: Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Antes del alta, el equipo de salud coordina con los padres el seguimiento alejado de los recién nacidos sanos, y especialmente, de aquellos de riesgo. En la consulta de control, se facilita la participación de la familia.

Paso 9: Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna.

La maternidad trabaja activamente en la promoción de la lactancia materna para lograr la acreditación del Hospital Amigo de la Madre y el Niño o bien para mantenerla si ya ha sido acreditada.

Paso 10: Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la implementación en MSCF.

La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones (ONG, otras maternidades, gobierno, etc.) y, a su vez, brindan el mismo apoyo a otras maternidades, de manera de construir una red de MSCF.

La implementación de cada paso supone la realización de distintos tipos de actividades que deberían facilitar el logro de los objetivos propuestos por el modelo MSCF.

2.- ¿Cómo se implementan estos pasos en contextos interculturales?

En contextos interétnicos, como los que hay en Argentina, es necesario que estos 10 pasos para la implementación del modelo MSCF serán transversalidades con el enfoque intercultural como un derecho que permita la pertinencia cultural de las

acciones, componentes y dispositivos que se desarrollan en las maternidades durante el proceso de embarazo, parto y post parto. Ahora como incorporamos estos contextos en los distintos pasos:

- **Paso 1:** la maternidad asume la interculturalidad como un valor y practica constante que incluye la participación de las comunidades en la implementación del enfoque, e incorpora personal indígena bilingüe al equipo de salud para favorecer la atención de salud a la madre y el niño o niña indígena.
- **Paso 2:** se asignan turnos para el control prenatal de la embarazada y su familia de acuerdo a posibilidades de transporte rural y en coordinación directa con el agente sanitario, considerando la posibilidad de que la embarazada pueda asistir a la consulta, además de con su familia, con su partera empírica, sanadora u otra terapeuta⁴². Los procedimientos y cuidados se aplican en la lengua materna de la embarazada si ella y su familia no se comunican adecuadamente en castellano, para lo cual el equipo de salud se apoya en un facilitados intercultural bilingüe. Este hace las veces de “puente” entre los servicios de salud y la población de origen cultural diferente y orientando a la embarazada y su familia durante su estadía en la maternidad.
- **Paso 3:** se respeta la decisión de la embarazada sobre la posición, disposición y tiempos durante el trabajo de parto y parto, proveyendo de la infraestructura y mobiliario mínimo para su comodidad, considerando la posibilidad de asistencia de un familiar, partera empírica o sobadora

⁴² En general, las costumbres y prácticas de la salud tradicionales que las pacientes propongan deberán ser acordada entre ambas partes (paciente y familia-profesional y equipo de salud) de manera de garantizar la interculturalidad.

durante el trabajo de parto y parto. El personal ha sido capacitado en la práctica de parto vertical. Se asumen como cuidados de la salud las decisiones de no bañarse inmediatamente después del parto⁴³ ni someterse a cambios de temperatura que puedan alterar el equilibrio de su estado de salud postparto o que generen sobrepeso o enfriamiento durante o después del parto, ya que en muchas culturas es considerada una de las primeras causas de muerte entre mujeres⁴⁴.

- **Paso 4:** durante la internación de la madre, hijo o hija sanos se permite la visita de la familia extendida en horarios amplios, que sean accesibles para ellos considerando la distancia y los transportes disponibles. Se considera también la posibilidad de que la madre y el bebé puedan ser visitados por parteras, así como por otro agente espiritual. Se tiene en cuenta la posible instalación de awayos⁴⁵ o hamacas en la maternidad, tanto para el descanso de la madre como del recién nacido.
- **Paso 5:** la maternidad facilita la visita de la familia extendida y de terapeutas tradicionales en la interacción neonatal, ofreciendo horarios amplios que se adapten a la oferta de transportes rurales. Se promueve la pernoctación del padre en el servicio o en las instalaciones de la maternidad cuando la familia resida a más de 150km de la maternidad.
- **Paso 6:** la Residencia para Madres tiene un espacio para el intercambio de saberes, experiencias y prácticas en el cuidado de la salud perinatal

⁴³ Esto no incluye la fase anterior al trabajo de parto y parto.

⁴⁴ Ramírez, S. "La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico, epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí". Salud colectiva (online). 2009, Vol. 5. Pág. 63-85.

⁴⁵ El awayo es una manta de colores utilizadas por las madres quechuas, aymaras y kollas, en las provincias de Jujuy y Salta, principalmente para el transporte de sus hijos e hijas, generalmente en las espaldas. También son usadas con la misma función, pero sobre el pecho, por madres wichies en las provincias de Salta, Chaco y Formosa.

entre madres y entre estas y los equipos de salud. También provee alimentación pertinente a su contexto sociocultural, y considera la disposición de las camas de acuerdo a la cosmovisión y creencia de las madres. En ese sentido, la arquitectura de la Residencia para Madres, así como su distribución espacial, es consultada con la comunidad para que sea culturalmente pertinente y socialmente funcional, por lo que cuenta con personal a cargo conocedor de la realidad sociocultural de la localidad.

- **Paso 7:** las maternidades incluyen como voluntarios y voluntarias a parteras empíricas o personas de la comunidad con reconocido conocimiento en cuidados perinatales si los representante de la comunidad lo solicitasen o el equipo lo estima conveniente en dialogo con la comunidad. El voluntariado se incorpora, recibe instrucción sobre interculturalidad en salud.
- **Paso 8:** el equipo de salud realiza el alta del recién nacido junto con la madre y la familia apoyado, si es necesario, por el facilitador cultural bilingüe, dando lugar al intercambio de conocimientos y cuidados de salud tradicionales entre el equipo de salud y la familia. Se establece el seguimiento de los recién nacidos sanos en comunicación y coordinación con el agente sanitario del área, poniendo especial atención al contexto social, ambiental y cultural que tendrá el bebe.
- **Paso 9:** se estimula en la maternidad el encuentro entre puérperas indígenas y no indígenas para promover la lactancia materna como un

proceso protector de la salud, teniendo en cuenta que tanto las madres rurales como las indígenas fomentan y valoran la lactancia materna⁴⁶.

- **Paso 10:** la maternidad y el servicio en general reciben asesoramiento técnico y promueven el intercambio de experiencias con iniciativas de salud intercultural nacionales e internacionales, buscando tanto la mejora del servicio como a la difusión de la propia experiencia de MSCF con enfoque intercultural. Los equipos de salud sistematizan y difunden la experiencia entre pares, con otros servicios y la comunidad, para difundir y discutir acciones y enfoques formando un grupo de sensibilización y capacitación interna sobre la experiencia en general y en particular sobre el modelo MSCF con este enfoque.

3.- Actividades para la implementación de cada paso.

Paso 1: en Argentina, garantizar la seguridad parecería limitarse a “identificar y actuar sobre el culpable del error”. Esta situación pone en evidencia la necesidad urgente de instalar la seguridad del paciente como un aspecto prioritario del sistema de salud. Eso requiere un prolongado proceso de educación y concientización que permita sentar las bases para la construcción de una cultura de la seguridad diferente, centrada en el paciente y la familia.

La cultura de la seguridad se refiere al conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que, en los procesos de atención en salud, asumen la probabilidad de equivocarse. Mejorar la seguridad implica comprender como interaccionan las distintas partes del sistema de salud en la búsqueda, identificación y solución de los problemas de seguridad. Igualmente relevante es la participación de los propios pacientes y sus

⁴⁶ Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina; aportes para una relectura del derecho a la Integridad Cultural. CEPAL. Santiago. 2010. pág. 58.

familias en este proceso: ellos no solo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.

La racionalidad indica que si se conocen las causas de los errores se podrán tomar medidas correctivas necesarias. Para conocer las causas deberán comunicarse los errores y sus consecuencias, así como las situaciones o circunstancias que se cree determinaron su aparición. Esta transparencia solo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en el que el error no es castigado, sino utilizado para aprender a no cometer el mismo error uno mismo y para enseñar evitando que se repita.

El cambio de cultura de una organización supone un proceso lento, gradual y de progresiva aceptación por parte de todos los miembros del equipo de salud y, en particular, de los líderes formales (autoridades de la institución) e informales (profesionales de la autoridad formal pero ampliamente reconocidos por la mayoría de sus pares y colegas).

Se considera que una institución adopta el concepto MSCF como política institucional cuando existe convencimiento y compromiso explícito de sus autoridades para la implementación del modelo, el cual se traduce en la existencia de consenso y la asignación de los recursos humanos, financieros, edilicios necesarios para la transformación de la maternidad en una MSCF.

Paso 2: toda MSCF facilita la asistencia al control prenatal mediante diversas estrategias que priorizan la participación de la embarazada y su familia, la educación para la salud y la protección de los derechos de la embarazada, tanto durante la consulta, como en su preparación para la maternidad.

La inclusión de la comunidad es esencial para facilitar a las mujeres y a sus familias la comprensión y la articulación de sus necesidades de salud. La educación comunitaria debe alentar a las familias y a los individuos a la búsqueda de servicios de salud de confianza y sin demora.

Durante el embarazo y especialmente durante el nacimiento, cualquier mujer puede desarrollar complicaciones con compromiso vital que requieran tratamiento por personal altamente calificado. Dado que no hay manera confiable de predecir que mujeres pueden desarrollar estas complicaciones, es esencial que todas tengan acceso a atención obstétrica segura y de alta calidad durante el embarazo y después del parto.

Ser asistidas en una maternidad que cumpla las condiciones obstétricas y neonatales esenciales es un derecho de las madres, sus familias y la comunidad a la que pertenecen

La disponibilidad de servicios de calidad no producirá las mejoras de salud deseadas si las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades no tienen posibilidades de mantenerse sanos, de tomar decisiones saludables y de actuar en consecuencia.

Paso 3: la atención del parto normal en MSCF presupone un proceso de empoderamiento de las madres, su familia y el equipo de salud para el embarazo, el trabajo de parto y el parto, en el que se tiene en cuenta no solo los aspectos médicos y biológicos sino también los factores sociales, familiares y culturales que determinan su evolución. Adecuar las salas de trabajo de parto y de parto de acuerdo con el modelo MSCF y la adopción de conductas por parte del equipo de salud, que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y de su bebe.

Paso 4: la internación conjunta de las madres con sus hijos o hijas recién nacidas sanas en salas grupales es la primera acción necesaria para la implementación del modelo MSCF, por tratarse de la población internada más numerosa.

La internación conjunta madre-hijo sano, además de dar lugar a un vínculo-apego adecuado, permite la integración en la comunidad con otros binomios para generar mecanismos de comunicación comprensibles por los códigos de lenguaje utilizados.

Esta propuesta de alojamiento conjunto posibilita las acciones de educación para la salud y la implementación de intervenciones como la promoción de la lactancia materna. Transmitir contenidos grupalmente, tiene mayor impacto, justamente por ser compartido, y un efecto multiplicador, por los aportes individuales o las preguntas que surgen de la audiencia.

En resumidas palabras, facilitar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina mediante un alejamiento conjunto de la puérpera con su bebe recién nacido sin interferencias, fortaleciendo así el vínculo y el apego entre ambos.

Paso 5: debido a la prematurez o a la presencia de alguna enfermedad, los recién nacidos son separados de sus padres y de otros familiares. Sin embargo, su condición de prematurez y enfermedad los hace especialmente vulnerables, por lo que la institución dificulta con esta práctica el tan necesario vinculo/apego precoz con sus madres.

Su derecho a vivir justifica su internación; no obstante la inclusión de padres y familias se convierte en una acción prioritaria. Para ello, las instituciones deben instrumentar los mecanismos que hagan posible el cuidado de los hijos e hijas internadas por parte de sus padres, atendiendo al objetivo marco de este modelo, que es

la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al recién nacido internado y su familia.

La inclusión de abuelos y hermanos durante el tiempo de internación, favorece la interacción entre los padres y el resto de la familia. Esta participación ofrece un modelo de soporte afectivo para los padres que atraviesan esta situación de crisis, ya que él bebe pasa a ser cuidado y esperado en familia.

En breves palabras, promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo de la atención neonatal, que garanticen el respeto de los derechos de la madre, el padre y su bebe.

Paso 6: la creación de una Residencia para Madres tiene como propósito evitar la separación madre-hijo en momentos críticos para binomios vulnerables como los que ellos representan. De esta manera se busca facilitar el establecimiento de un vínculo sólido, necesario para enfrentar satisfactoriamente experiencias de gran interferencia, como por ejemplo, las que determinan la internación del recién nacido.

La incorporación a los equipos de salud de las madres que presentan un parto prematuro o con bebes que padecen enfermedades que requieren internación, y su activa participación en el cuidado de sus hijos supervisada por los miembros del equipo, fortalece su autoestima y estimula así el apego entre ellos.

La presencia continua de la madre favorece, también, el mantenimiento de la lactancia materna, pues facilita el acceso a métodos de extracción de leche humana para la alimentación de sus bebes cuando es necesario.

Paso 7: la iniciativa MSCF exige la participación activa y solidaria de la comunidad. Esta puede expresarse en forma organizada por medio de los servicios de voluntariado. Sus integrantes presentan la cualidad principal de brindar su tiempo y

entusiasmo para ayudar al prójimo y para ofrecer contención emocional sin prejuicios ni egoísmos. Se trata de una concepción solidaria, con compromiso social, que colabora en la construcción de ciudadanía.

Es decir, crear o fortalecer (en el caso de que ya exista) un servicio de voluntariado capaz de brindar apoyo y comprensión a las madres para que ellas puedan cuidar a sus bebés, y a las embarazadas, para que logren llevar un embarazo saludable y arriben a un parto seguro.

Paso 8: el alta conjunta de los recién nacidos sanos y de sus madres puérperas de los sectores de internación conjunta, así como el alta de los recién nacidos de los sectores de internación neonatal, no constituyen el final de la responsabilidad asistencial de la institución sino el comienzo de una nueva etapa.

El seguimiento integral de ambos grupos de pacientes representa el inicio de las acciones preventivas y anticipatorias y a la corrección de los desvíos de la normalidad, que complementan las intervenciones que precedieron y sucedieron al nacimiento de las personas.

En pocas palabras, facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos.

Paso 9: toda MSCF debe trabajar activamente en el fortalecimiento de la lactancia materna, con el fin de lograr la acreditación (por OMS, UNICEF, Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada. Cuenta con una sistemática de implementación, autoevaluación, monitoreo y acreditación externa de la estrategia de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna en distintos niveles, mundial, nacional e institucional. Desde su lanzamiento 156 países evaluaron y nominaron en algún momento por lo menos un establecimiento como Amigo del Niño. En la

Argentina, actualmente habría 56 hospitales acreditados, 5 hospitales con compromiso de acreditación y 2 identificados.

La iniciativa MSCF se alinea con el propósito y los objetivos de la iniciativa HAMN, profundizando sus esfuerzos para que las maternidades se propongan alcanzar los estándares establecidos para el fortalecimiento de las políticas de promoción de la lactancia materna. Para eso, incorpora como uno de sus ejes de acción el trabajo activo en la institución según las pautas de la iniciativa HAMN.

En síntesis, el fortalecimiento de las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia se realizara a partir de tres estrategias:

- Evaluación del estado actual de la maternidad respecto de la iniciativa HAMN.
- Evaluación diagnóstica.
- Devolución a los miembros del equipo de salud.

Paso 10: el modelo MSCF es, como ya dijimos, un cambio de paradigma. Como tal, es necesario para que se instale en la sociedad toda. Si bien las etapas iniciales del programa pretenden la replicación progresiva del modelo en un número limitado de maternidades, necesariamente su concepción ética, filosófica y existencial debe extenderse a todas las maternidades, es decir, a la comunidad.

Para ello es necesario fortalecer el involucramiento y la participación progresiva de los miembros del equipo de salud de la maternidad así como de sus autoridades, en la disseminación e implementación efectiva del modelo MSCF tanto dentro de la propia institución como en otros establecimientos.

4.- Pautas para el trabajo diario del equipo de salud en contextos interculturales⁴⁷.

Un elemento clave para el avance de auténticos modelos interculturales de atención a la salud materna es el desarrollo de habilidades sociales y la modificación de las actitudes del equipo de salud al tratar con las embarazadas indígenas y sus familias. Por eso, es fundamental la capacitación al equipo de la maternidad en aspectos de salud y cultura o de abordaje intercultural.

Concluimos señalando algunas pautas para el trabajo diario del equipo de salud, que ayudan a iniciar la transformación de la institución en una MSCF con enfoque intercultural.

Reconocimiento de los otros:

- Reconocer positivamente, a nivel personal, la diversidad.
- Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas.
- Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte.
- Cuidar los gestos y las expresiones corporales durante la atención que puedan interferir con lo que va a expresar verbal y gestualmente la población indígena.
- No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razones de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas.

⁴⁷ Reflexiones contenidas en la Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de la salud en la Amazonia. Cartagena de las Indias. Colombia, abril 21 a 23 de 2005. (Adaptación).

- Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no solo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.

Convivencia con los otros:

- Compartir los conocimientos y saberes de manera mutua.
- Saber escuchar y estar dispuesto a aprender.
- No reproducir relaciones de poder en el establecimiento ni fuera de él.
- Valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión.
- Valoración de los otros.
- Buscar el porqué de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás, no para juzgar, sino para aprender de ellas.
- Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad.
- Entender que no hay cultura superior o inferior, existen culturas diferentes.
- Compartir, involucrarse, ser parte.

Capítulo V

Conclusión.

1.- Conclusión.

La adopción del modelo MSCF supone iniciar un proceso de transformación de la maternidad que implica, entre otros cambios, la modificación de la cultura de la organización. Este proceso de cambio podrá requerir un abordaje (en todos sus aspectos) o circunstancias, a un grupo de actores determinados (servicios de neonatología u obstetricia, voluntariado, etc.) dependiendo de las prioridades que establecen el equipo MSCF y las autoridades de la institución.

El alcance determinará quiénes serán los responsables de gestionar el proceso de cambio (autoridades generales, jefes de unidades o servicios líderes formales y/o informales de grupos de trabajo, etc.).

Es importante que el equipo MSCF evalúe el impacto y alcance de las acciones implementadas. Cuando ella sea posible, será de suma utilidad el contar con recolección, monitoreos y evaluación sistemática de indicadores de resultado vinculado, por ejemplo, con la salud materna o del recién nacido.

Al momento de proponer e implementar el cambio, se deberá guiar y estimular a los propios profesionales de los servicios involucrados a participar en el proceso de transformación. Esto supone la designación formal de un equipo de trabajo multidisciplinario capaz de liderar el proceso de transformación, con un fuerte aval por parte de las autoridades de la institución y de los servicios involucrados. Las actividades del equipo deberán estar lideradas y organizadas por un coordinador, quien deberá contar con experiencia y capacidad para el manejo del trabajo grupal y, además, será el responsable de interactuar con las autoridades de la institución y de informarle acerca de los avances y necesidades del proyecto.

Es necesario que este cambio sea el resultado de la reflexión, la participación y el consenso de todos.

Bibliografía General

- Constitución Nacional: Tratados y Convenciones sobre Derechos Humanos. 1° ed. 4° reimpresión, Buenos Aires. La Ley. 2008.
- Ley Nacional de Parto Humanizado N° 25.929, “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”. Buenos Aires. 2004. Decreto Reglamentario N° 2035/2015, Buenos Aires. 2015.
- Ley Provincial N° 12.443 de “Acompañamiento en el Parto”, Santa Fe. 2005.
- Maternidad Segura y Centrada en la Familia, segunda edición, Buenos Aires. 2012.
- Ordenanza Municipal N° 6244/1996, “Procreación Responsable”, Rosario. 1996.
- Ordenanza Municipal N° 17.273/1999, “Derecho de toda mujer a permanecer acompañada por un familiar en el trabajo de parto y en el periodo de post-parto”, Rosario. 1999.
- Ordenanza Municipal N° 8.333/2008, “Semana del parto respetado”, Rosario. 2008.

Bibliografía Especial

- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra. 1789.
- Datos del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/archivos/htm/perin_hospital.htm.
- Declaración de Ceará en torno a la Humanización, Brasil. 2002.
- Encuesta complementaria de Pueblos Indígenas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Buenos Aires. 2007.
- Larguia, M; Lomuto, C; Gonzalez, M.A, *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*, Fundación Neonatológica para el recién nacido y su familia. Ed. FUN, Buenos Aires. 2006. www.funiarguia.org.ar.

- Oyarce, A., Ibacache, J. y Neira, J. “*Reflexiones para una política intercultural en la salud*”. *Primer encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*, Ministerio de Salud, Puerto Saavedra. 1996
- *Para la vida, Atención primaria de la salud “revitalizada”*, UNICEF, Buenos Aires. 2011. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/PARA_LA_VIDA_16sx22.
- Programa de Acción del El Cairo, “*Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*”, El Cairo. 1994.
- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “*El nacimiento no es una enfermedad*”, Dinamarca. 1985.
- *Reflexiones contenidas en la Memoria de la Mesa de Trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en Amazonia*. OPS-OTCA REDSIAMA. Cartagena de Indias. Colombia. 2005.
- *Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna*. Ministerio de Salud de Ecuador, UNEFA, Quito. 2011.

Índice General

Dedicatoria y agradecimientos.....	1
1.- Resumen.....	2
2.- Estado de la cuestión.....	3
3.- Marco teórico.....	5
4.- Introducción.....	7

Capítulo I

Parto Humanizado.

1.- ¿Qué es el Parto Humanizado?.....	10
2.- Las causas	11
3.- El cambio de paradigma.....	13

Capítulo II

Marco normativo

1.- A nivel nacional.....	16
1.1.- Ley Nacional N° 25.929.....	16
1.2.- Decreto Reglamentario 2035/2015.....	20
2.- A nivel internacional.....	21
2.1.- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	21

2.2.- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	24
2.3.- Declaración Universal de Derechos Humanos.....	25
2.4.- Convención Americano sobre Derechos Humanos (Pacto San José de Costa Rica).....	27
2.5 Programa de Acción de El Cairo.....	28
2.6.- Declaración de Ceará en torno a la Humanización.....	29
2.7.- Convención sobre los Derechos del Niño.....	30
3.- A nivel provincial.....	32
3.1.- Ley Provincial N° 12.443.....	32
4.- A nivel Municipal.....	33
4.1.- Ordenanza N° 6244/1996.....	33
4.2.- Ordenanza N° 17.723/1999.....	33
4.3- Ordenanza N° 8.333/2008.....	34

Capítulo III

Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

1.- Antecedentes.....	37
2.- Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF.....	38
3.- Descripción de los ejes y principios del modelo MSCF.....	40

3.1- Eje conceptual 1: “Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención”.....	40
3.2- Eje conceptual 2: “Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija”.....	42
3.3.- Eje conceptual 3: “Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio”.....	43
3.4.- Eje conceptual 4: “Usos de prácticas efectivas y seguras”.....	44
3.5- Eje conceptual 5: “Fortalecimiento de otras iniciativas”.....	46
4.- MSCF con enfoque intercultural.....	47

Capítulo IV

PROPUESTA.

Pasos para la implementación del modelo MSCF.

1.- Los diez pasos para una MSCF	50
2.- ¿Cómo se implementan estos pasos en contextos interculturales?.....	53
3.- Actividad para la implementación de cada paso.....	57
4.- Pautas para el trabajo diario del equipo de salud en contextos Interculturales.....	64

Capítulo V

Conclusión.

1.- Conclusión.....	67
---------------------	----

Bibliografía

Bibliografía General.....	69
Bibliografía Especial.....	69