

Admitimos la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio o procedimiento siempre que se cite la autoría y la página web como fuentes de referencia y no se lucre con el material copiado.

PROYECTO DE LEY

LEY INTEGRAL DE PARTO RESPETADO Y ATENCIÓN PERINATAL

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar los derechos de las personas gestantes, antes, durante y después del parto y de las personas nacientes.

Artículo 2°.- Alcance. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de cumplimiento obligatorio, tanto en el ámbito público como privado, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 3°.- Finalidad. La presente ley tiene por finalidad regular los mecanismos y las condiciones necesarias para asegurar un parto respetado; para ello, reglamenta las funciones y prestaciones de las personas físicas, jurídicas y de los dispositivos de registros intervinientes en este proceso.

Artículo 4°.- Definiciones. A los fines de la presente ley se entiende por:

- a) **Persona gestante.** Persona gestante es aquella que se encuentra transitando una gestación en cualquiera de sus períodos, desde la fecundación o implantación hasta el momento del parto.
- b) **Persona naciente.** Persona naciente es aquella que se encuentra transitando el proceso de parto/nacimiento, nace con vida y cuyos derechos se rigen conforme a lo dispuesto en el artículo 21 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- c) **Familia.** Familia es aquella/s persona/s que tenga/n voluntad procreacional -de conformidad con los artículos 558 y 562 del Código Civil y Comercial de la Nación- y/o que sea/n reconocida/s como tal/es por la persona gestante.
- d) **Profesionales de la obstetricia.** Se entiende por profesionales de la obstetricia a los/as siguientes trabajadores/as de la salud:
 1. Licenciados/as en obstetricia,
 2. Obstétricos/as, y
 3. Licenciados/as en enfermería con especialización en obstetricia (Universidad Nacional de Tucumán).

TÍTULO II DERECHOS Y GARANTIAS

Capítulo 1° - Parto Respetado

Artículo 5°.- Definición. Parto Respetado es aquel que garantiza el respeto de las decisiones de las personas gestantes en relación a cómo, con quién y en donde parir, y el acompañamiento necesario para la toma de decisiones seguras e informadas antes, durante y después del parto; así como también el respeto del cuerpo y del transcurrir fisiológico del parto, expresado en un trato digno, en atención adecuada en tiempo y forma, sin intervenciones y/o medicalización innecesarias, a no ser por pedido expreso de la persona gestante, y sin patologización del proceso reproductivo.

Artículo 6°.- Principios. Son principios del Parto Respetado:

- a) **Competencia.** Reconocimiento de las personas gestantes como personas competentes, de modo que se facilite su autonomía como protagonista del proceso de gestación, el trabajo de parto, el parto y post-parto.
- b) **Autodeterminación.** Reconocimiento de la autodeterminación de las personas gestantes en el modo de transitar el parto y de la elección de cómo, con quién y dónde parir.
- c) **Diferencias y especificidades individuales.** Reconocimiento de las diferencias y especificidades individuales y en función de esto, respeto de las necesidades particulares de cada persona gestante.
- d) **Asistencia profesional respetuosa.** La asistencia profesional durante el proceso de gestación y parto debe estar basada en el respeto de la persona gestante y de su cuerpo. Para ello, se debe garantizar un trato digno y atención profesional adecuada, suficiente, oportuno y sin medicalización, ni intervenciones innecesarias, a no ser que exista una situación de riesgo que así lo requiera o a pedido explícito de la persona gestante.

Artículo 7°.- Aplicación. Todos los partos deben ser Partos Respetados, conforme lo establecido en el artículo 5°. Para ello deben ser asistidos según los principios descritos en el artículo 6° y se deben garantizar en los derechos de las personas gestantes, de las personas recién nacidas y de sus familias, establecidos en los capítulos 2°, 3° y 4° del Título II, de forma obligatoria y sin excepción.

Capítulo 2° - Derechos de las Personas Gestantes

Artículo 8°.- Derecho a un Plan de Parto. Toda persona gestante tiene derecho a tener un Plan de Parto, entendiendo por este al conjunto de decisiones basadas en el intercambio de información colaborativa entre el/la médico/a y/o el/la profesional de la obstetricia, la persona gestante y su familia, donde deben primar las decisiones de la persona gestante fundadas en la información, en relación a la evaluación de riesgos para esta y para la/s persona/s naciente/s.

Para la elaboración del Plan de Parto el/la médico/a y/o el/la profesional de la obstetricia debe proporcionar toda la información relevante, completa, suficiente y verdadera, para la toma de decisiones informadas y tener en cuenta la experiencia, sentimientos, creencias, valores y preferencias de la persona gestante, cerciorándose de que comprenda toda la información pertinente antes de tomar decisiones.

El Plan de Parto de una persona es aplicable a cualquier lugar donde suceda el proceso de parto/nacimiento, tanto en el ámbito público como privado. El mismo debe ser presentado previamente al parto. En los efectores de salud se debe entregar al/a jefe/a del Servicio de Obstetricia; en domicilios particulares y Casas de Nacimientos, al equipo obstétrico que va a asistir el parto. El Plan de Parto debe ser adjuntado en la historia clínica de la persona gestante.

Son elementos constitutivos del Plan de Parto, el derecho a elegir cómo, con quién y a dónde parir y el derecho a acceder a la información necesaria para tomar decisiones informadas.

Artículo 9°.- Derecho a elegir cómo parir. Toda persona gestante tiene derecho a un parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, en donde se tenga en cuenta su propio ritmo y se respete la libertad de posición y movimiento corporal.

Toda persona gestante tiene derecho también a no ser sometida a prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por un riesgo cierto e inminente para su salud y la de la/s persona/s naciente/s, a no ser que ellas así lo soliciten.

Ante cualquier situación obstétrica o neonatal que se aparte del Plan de Parto y que se detecte de manera anticipada, el equipo obstétrico debe presentar a la persona gestante y a su familia, primando las decisiones de la primera, toda la información necesaria para reevaluar el mismo, de modo que se les haga partícipes de las diferentes actuaciones de los/as profesionales.

Toda persona gestante tiene derecho 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 Ética en Investigaciones Clínicas (CEI), conforme la Ley N° 3301.

Artículo 10.- Derecho a elegir con quién parir. Toda persona gestante tiene derecho a elegir al/la médico/a obstetra y/o a los/as profesionales de la obstetricia que la van a acompañar durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el postparto. Además, durante el proceso de parto/nacimiento tiene derecho a estar acompañada por las personas de su confianza y elección que considere necesarias y al respeto de la intimidad del entorno.

Artículo 11.- Derecho a elegir dónde parir. Toda persona gestante tiene derecho a la elección del lugar del parto. Dicha determinación debe tomarla acompañada de el/la médico/a obstetra o de los/as profesionales de la obstetricia teniendo en cuenta no solo cuestiones físicas y de evaluación de riesgos, sino también factores culturales, ideológicos, experienciales y las preferencias de la persona gestante.

Para gestaciones de bajo riesgo, se consideran lugares seguros y viables para el parto, un domicilio particular, las Casas de Nacimientos habilitadas a tal fin y los efectores de salud, públicos y privados.

Artículo 12.- Derecho a la información. Toda persona gestante tiene derecho a ser informada sobre:

- a) La evolución de su gestación, del proceso de parto/nacimiento y del estado de la persona naciente.
- b) Los posibles beneficios, riesgos y/o alternativas a los medicamentos, exámenes y procedimientos obstétricos durante la gestación, el trabajo de parto y parto, la recepción de la persona naciente y el posparto, de manera que pueda optar libremente y de manera informada.
- c) Los derechos y leyes que amparan a las personas gestantes, a las personas nacientes y a sus familias.
- d) Los beneficios y la importancia de la lactancia.
- e) Los cuidados de sí misma y de la/s persona/s recién nacida/s.
- f) Los efectos adversos del tabaco, el alcohol y de otras prácticas de riesgo antes, durante y después de la gestación.

Es obligación del/de la médico/a obstetra y/o de los/as profesionales de la obstetricia facilitar el proceso de toma de decisiones aportando siempre información completa, suficiente y verdadera respaldada en la evidencia médica, científica y social disponible, evitando cualquier tipo de prejuicios culturales y/o personales, en el ámbito de la salud pública, privada, en Casas de Nacimientos y en la asistencia particular en domicilios.

Artículo 13.- Derecho a un trato respetuoso, no discriminatorio y libre de violencia. Toda persona gestante tiene derecho a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado.

Toda persona gestante tiene derecho a no sufrir discriminación a través de acciones u omisiones bajo pretexto de etnia, nacionalidad, color de piel, nacimiento, origen nacional, lengua, idioma o variedad lingüística, convicciones religiosas o filosóficas, ideología, opinión política o gremial, sexo, género, identidad de género y/o su expresión, orientación sexual, edad, estado civil, situación familiar, trabajo u ocupación, aspecto físico, discapacidad, condición de salud, perfil genético, situación socioeconómica, condición social, origen social, hábitos sociales o culturales, lugar de residencia, situación penal, antecedentes penales y/o cualquier otra condición o circunstancia personal, familiar o social, temporal o permanente.

Toda persona gestante tiene derecho a no ser violentada a través de cualquier acción u omisión que ponga de manifiesto patrones estereotipados, insultos, ridiculizaciones, humillaciones, descalificaciones, mensajes, valores, íconos o signos que transmitan y/o reproduzcan dominación y desigualdad en las relaciones sociales.

Artículo 14.- Derecho a la seguridad. Toda persona gestante tiene derecho a que se le garanticen las máximas medidas de seguridad y protección en el lugar elegido para transitar el proceso de parto/nacimiento. Posteriormente al parto, toda persona gestante tiene derecho a tener a su lado a la/s persona/s recién nacida/s durante toda la permanencia en el lugar del parto y en el caso de que alguna de ellas requiera de cuidados especiales, debe ser prioridad que estén juntas en donde se encuentren.

Capítulo 3° - Derechos de las personas recién nacidas

Artículo 15.- Derecho a la vida. Toda persona recién nacida tiene derecho a la vida, sin ningún tipo de discriminación bajo ningún pretexto, sin perjuicio de lo establecido en la Ley Nacional 26.742.

Artículo 16.- Derecho a un trato respetuoso. Toda persona recién nacida tiene derecho a ser tratada en forma respetuosa y digna. A no ser sometida a ningún examen o intervención médica cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones Clínicas (CEI), conforme la Ley N° 3301.

Artículo 17.- Derecho a la integridad física. Toda persona recién nacida tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo su salud o que vulneren su integridad corporal, sea a corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones corporales.

Artículo 18.- Derecho a la seguridad. Toda persona recién nacida tiene derecho a una correcta e inequívoca identificación y filiación. A la internación conjunta y en el mismo espacio físico con la persona gestante y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración el estado de salud de ambas.

Artículo 19.- Derecho a asistencia médica. Toda persona recién nacida tiene derecho a una correcta asistencia médica, a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos de rehabilitación y de prevención.

Artículo 20.- Derecho a recibir cuidados. Toda persona recién nacida tiene derecho a recibir todos los cuidados sanitarios, afectivos y sociales necesarios para el desarrollo físico, mental y cognitivo óptimo que le permitan desplegar al máximo la potencialidad de sus capacidades en etapas posteriores de su vida.

Artículo 21.- Derecho a una correcta nutrición. Toda persona recién nacida tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su óptimo crecimiento. La lactancia debe ser promovida y facilitada. Cuando no fuera posible que la persona gestante lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia alternativa.

Capítulo 4° - Derechos de las persona gestante y la familia de la/s persona/s recién nacida/s en situación de riesgo

Artículo 22.- Derecho al acceso y a la participación. La persona gestante y la familia de la/s persona/s recién nacida/s en situación de riesgo tienen derecho a tener acceso continuado a ella mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones -primando las decisiones de la/s persona/s con voluntad procreacional- relacionadas con su asistencia.

Artículo 23.- Derecho a prestar consentimiento. La persona gestante y la familia de la/s persona/s recién nacida/s en situación de riesgo tienen derecho a prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter a la/s persona/s recién nacida/s con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones Clínicas (CEI), conforme la Ley N° 3301.

Artículo 24.- Derecho a la lactancia. La persona gestante y la familia de la/s persona/s recién nacida/s en situación de riesgo tienen derecho a que se facilite la lactancia de la/s persona/s recién nacida/s siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

Artículo 25.- Derecho a la información. La persona gestante y la familia de la/s persona/s recién nacida/s en situación de riesgo tienen derecho a recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hija/o, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento; así como también asesoramiento e información sobre los cuidados especiales que la/s persona/s recién nacida/s requiera/n.

TÍTULO III REGULACIÓN DEL PARTO EN DOMICILIOS PARTICULARES Y EN CASAS DE NACIMIENTOS

Capítulo 1° - Parto Planificado

Artículo 26.- Concepto. El parto planificado en domicilio particular y/o en Casa de Nacimientos, es el resultado de un proceso conjunto entre la persona gestante y el equipo obstétrico que va asistir el mismo, que consiste en la evaluación de toda la información

relevante, en la existencia de factores determinantes y en el cumplimiento de los requisitos necesarios para garantizar un marco de seguridad.

Artículo 27.- Factores determinantes. Son factores determinantes para establecer qué parto puede llevarse adelante en un domicilio particular o en una Casa de Nacimientos, la existencia de:

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

Artículo 28.- Requisitos. Son requisitos básicos para el parto planificado en domicilio particular y/o en Casa de Nacimientos:

- a) **La elaboración previa de un Plan de Parto.** El mismo debe realizarse de acuerdo a lo establecido en el artículo 8°.
- b) **La elaboración previa de un Plan de Traslado.** El mismo debe realizarse de acuerdo a lo establecido por el Capítulo 3°, del Título III.
- c) **El seguimiento gestacional y los controles prenatales previos.** Durante la gestación se deben hacer un mínimo de cuatro (4) controles, uno de ellos se debe realizar en el domicilio particular o la Casa de Nacimientos donde ocurrirá el parto.
- d) **La valoración del Domicilio.** La misma debe ser realizada por el equipo obstétrico y tiene como objetivo corroborar que el lugar en donde va a ocurrir el parto reúne las condiciones necesarias para ello. El domicilio particular debe:
 1. Estar a menos de treinta (30) minutos de tiempo de viaje hasta la institución de salud elegida para un posible traslado o derivación.
 2. Tener acceso adecuado para el ingreso de vehículos.
 3. Tener agua corriente limpia y electricidad.
 4. Contar con condiciones de limpieza e higiene.

Capítulo 2° - Modelo de atención

Artículo 29.- Equipo Obstétrico. El parto en domicilio particular o en Casa de Nacimientos debe ser asistido por un equipo obstétrico.

Artículo 30.- Composición. El equipo obstétrico debe estar conformado por un mínimo de dos (2) y un máximo de cuatro (4) médicos y/o profesionales de la obstetricia. Al trabajo de parto, parto y nacimiento deben asistir dos (2) profesionales del equipo.

Artículo 31.- Alcance de la atención y asistencia. La atención y la asistencia de un parto en domicilio particular y/o Casa de Nacimientos incluye:

- a) Los controles prepartos y el seguimiento de la gestación.
- b) La asistencia durante el trabajo de parto y el parto.
- c) La recepción de la/s persona/s naciente/s.
- d) La permanencia en el lugar del parto un mínimo de dos (2) horas después del alumbramiento para garantizar el óptimo estado de salud de la persona puerpera y de la/s persona/s recién nacida/s.
- e) La continuidad de la atención hasta finalizar el proceso de parto/nacimiento en caso de traslado a un efector de salud.

- f) Los cuidados durante el posparto inmediato y hasta las 6 semanas siguientes, tanto de la persona gestante, como de la/s persona/s recién nacida/s.

Artículo 32.- Requisitos. Los profesionales que integran un equipo obstétrico y asisten en domicilios particulares o en Casas de Nacimientos deben:

- a) Poseer matrícula habilitante para el ejercicio de la profesión obstétrica.
- b) Estar empadronados en el "*Registro de médicos/as y profesionales de la obstetricia que asisten partos en domicilios particulares y/o Casas de Nacimientos*".

Artículo 33.- Canales de Comunicación. El equipo obstétrico debe acordar canales de comunicación estables con la persona gestante y su familia, asegurándose de que saben cómo ponerse en contacto, en caso de así requerirlo.

Artículo 34.- Equipamiento e insumos. El equipo obstétrico que asiste partos en domicilio particular o en Casa de Nacimientos debe contar con el equipamiento y los insumos necesarios para tal fin, determinados por la autoridad de aplicación. Los mismos deberán estar presentes al momento del parto en condiciones adecuadas de mantenimiento y control para su uso, además de ser utilizados de forma eficiente y segura.

Artículo 35.- Visitas posparto. El equipo obstétrico debe realizar un mínimo de dos (2) visitas después del parto para evaluar la condición de la persona puérpera y de la/s persona/s nacida/s. Una de ellas debe ser realizada a las veinticuatro (24) horas del parto.

Artículo 36.- Guardias pasivas. El equipo obstétrico debe garantizar una guardia pasiva durante las seis (6) semanas posteriores al parto, dejando habilitados los canales de comunicación establecidos anteriormente.

Capítulo 3° - Plan de Traslado

Artículo 37.- Concepto. El Plan de Traslado es uno de los requisitos básicos para que pueda tener lugar un parto en domicilio particular o en Casa de Nacimientos. El mismo consiste en la determinación de un efector de salud de referencia, público o privado, e implica la correcta articulación con el mismo.

Artículo 38.- Efector de salud de referencia. El efector de salud de referencia tienen la obligación de habilitar y garantizar la recepción de la persona gestante y/o de la persona/s recién nacida/s en situación de traslado, así como su óptima atención.

Artículo 39.- Notificación. El efector de salud de referencia debe ser informado de que forma parte del Plan de Traslado de la persona que va a tener un parto en domicilio particular o en Casa de Nacimientos, previamente al parto. Esta notificación se debe realizar mediante la entrega de una carta dirigida al director del hospital, con fecha probable de parto y con los datos que la autoridad de aplicación determine. Al momento de la entrega, el efector de salud debe extender un comprobante de que esa documentación fue recibida.

Artículo 40.- Evaluación de la situación de urgencia/emergencia. Cuando el equipo obstétrico que se encuentra asistiendo un parto en un domicilio particular o en una Casa de Nacimientos determina la necesidad de un traslado, debe evaluar el grado de urgencia/emergencia. El traslado se debe realizar al efector de salud de referencia, salvo que el factor de riesgo indique la necesidad de mayor complejidad en la atención de la

situación obstétrica o neonatal que la que dicha institución posee. En este caso, el traslado debe ser realizado al efector de salud de alta complejidad y/o especializado más cercano al domicilio particular o a la Casa de Nacimientos.

Artículo 41.- Comunicación con el efector de salud de referencia. Si el traslado es motivado por una situación obstétrica o neonatal de medio o alto riesgo, se debe establecer una comunicación telefónica con el efector de salud para avisar el próximo arribo y detallar brevemente la situación.

Artículo 42.- Traslado. Al momento del traslado, debe acompañar a la persona gestante y a la persona/as naciente/s en el vehículo un profesional del equipo obstétrico para continuar con la asistencia hasta llegar al efector de salud. También está habilitado para ir en el vehículo el familiar que la persona gestante determine.

Artículo 43.- Vehículo de traslado. Dependiendo del grado de urgencia que motiva el traslado, este puede realizarse en distintos tipos de vehículos:

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

Artículo 44.- Recepción. Al arribar al efector de salud, el equipo obstétrico debe informar al equipo profesional que realiza la recepción sobre la situación obstétrica o neonatal y entregar la historia clínica de la persona gestante, en donde se encuentra adjuntado el Plan de Parto.

Artículo 45.- Continuidad de cuidados. Los/as integrantes del equipo obstétrico deben continuar la asistencia realizada hasta el momento del parto/nacimiento y el apoyo a la persona gestante, junto al equipo de profesionales pertenecientes al efector de salud de referencia, hasta que el mismo finalice.

Artículo 46.- Alta Médica. Si las condiciones de salud de la persona puerpera y de la/s persona/s recién nacida/s así lo permiten, el efector de salud debe facilitar el alta lo antes posible, contando con el apoyo del equipo obstétrico que ha acompañado el proceso de parto/nacimiento para continuar el seguimiento en el domicilio.

Capítulo 4° - Patologías previas y discapacidad

Artículo 47.- La persona gestante que tengan alguna patología previa a la gestación y/o posea algún tipo de discapacidad, y que no modifique por ello el registro de bajo riesgo obstétrico de la gestación, podrá llevar adelante su parto en domicilio particular o en Casa de Nacimientos de cumplir con los factores determinantes y los requisitos para ello.

TÍTULO IV REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA OBSTETRICIA

Capítulo 1° - Ejercicio profesional

Artículo 48.- Definición. Se considera ejercicio profesional de la obstetricia a la asistencia y atención de las personas en todas las etapas de su vida sexual y reproductiva, en relación a la planificación familiar; la gestación, el trabajo de parto y el parto de bajo riesgo; la recepción del recién nacido sano; y el postparto (inmediato y hasta las 6 semanas siguientes); conforme las incumbencias profesionales específicas de su título universitario y a las resoluciones emitidas por la autoridad de aplicación.

Artículo 49.- Enumeración. Los/as profesionales de la obstetricia están facultados también para:

- a) La docencia, investigación, asesoramiento y la administración de servicios.
- b) La promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de enfermedades, conforme a sus incumbencias.

Capítulo 2° - Condiciones para el ejercicio y ámbito de desempeño de la actividad

Artículo 50.- Personas habilitadas. Están habilitadas para el ejercicio de la Obstetricia:

- a) Las personas que posean título universitario de la carrera "*Obstétrica*" de una universidad pública o privada, lo registren ante la autoridad de aplicación y obtengan su matrícula profesional.
- b) Las personas que posean título universitario de la carrera "*Licenciatura en Obstetricia*" de una universidad pública o privada, lo registren ante la autoridad competente y obtengan su matrícula profesional.
- c) Las personas que posean título universitario de la carrera "*Licenciatura en Enfermería con Especialización en Obstetricia*", otorgado por la Universidad Nacional de Tucumán, lo registren ante la autoridad competente y obtengan su matrícula profesional.
- d) Las personas que posean título universitario habilitante para el ejercicio profesional de la obstetricia de una universidad extranjera, el cual haya sido convalidado y registrado ante la autoridad de aplicación y obtengan su matrícula profesional argentina.
- e) Las personas que posean título universitario para el ejercicio profesional de la obstetricia de una universidad extranjera y que estén en tránsito en el territorio nacional; sin necesidad de obtener su matrícula profesional en los siguientes casos:
 - 1- Cuando sean contratadas por instituciones públicas o privadas, científicas o profesionales reconocidas por la autoridad de aplicación, con fines de investigación, docencia y asesoramiento. Esta habilitación es solo para la actividad puntual a la que sea convocada la persona y no para el ejercicio independiente de la profesión.
 - 2- Cuando sean requeridas en consulta asistencial a través de un/a profesional de la obstetricia matriculado/a en el país, que avale su actuación con su propia firma. Esta habilitación es solo para la actividad puntual a la que sea convocada la persona y no para el ejercicio independiente de la profesión.

Artículo 51.- Ámbitos de ejercicio. Las personas habilitadas para el ejercicio de la obstetricia pueden ejercer su profesión tanto en efectores de salud, públicos o privados, como de modo independiente en domicilios particulares, consultorios personales o en Casas de Nacimientos habilitadas a tal fin.

Artículo 52.- Modo de ejercicio. Las personas habilitadas para el ejercicio de la obstetricia pueden ejercer su actividad asistencial, docente y de investigación, en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios de salud.

Capítulo 3° - Derechos y Obligaciones

Artículo 53.- Derechos. Los/as profesionales de la obstetricia tienen derecho a:

- a) Ejercer la profesión en todo el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- b) Ser reconocidos/as como trabajadores/as de la salud idóneos.
- c) Ser reconocidos/as por efectores públicos y privados de los tres subsectores del Sistema de Salud de la Ciudad y a que los mismos acepten sus prescripciones médicas y sus solicitudes de estudios diagnósticos durante todas las etapas de las personas en las cuales tiene incumbencia su profesión.
- d) Estar incluidos en los planteles de profesionales de la salud de obras sociales, empresas de medicina privada, prepagas y mutuales para brindar servicio.
- e) Percibir honorarios por su ejercicio profesional independiente o en relación de dependencia.
- f) Pactar honorarios y aranceles a través de sus Asociaciones, Federaciones y Colegios, según corresponda.
- g) Negarse a realizar o colaborar con la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones morales o técnicas, siempre que de ello no resulte un daño a otras personas y que no se esté desempeñando un cargo público.
- h) Contar con adecuadas garantías que faciliten el cumplimiento de la obligación de actualización y capacitación permanente cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia pública o privada.
- i) Contar con las medidas de prevención y protección de su salud en el ámbito de su desempeño profesional.
- j) Publicar y difundir trabajos de investigación relacionados con los contenidos curriculares de su carrera universitaria.
- a) Ejercer cargos docentes en universidades y en otras instituciones educativas.

Artículo 54.- Obligaciones. Son obligaciones de los/as profesionales de la obstetricia:

- a) Tener matrícula habilitante en el caso de llevar a cabo el ejercicio de la profesión.
- b) Estar empadronados/as en el "*Registro de profesionales de la obstetricia que asisten partos en domicilios particulares y/o Casas de Nacimiento*", a cargo de la autoridad de aplicación, en el caso de brindar servicios asistenciales independientes.
- c) Respetar en todas sus acciones la dignidad humana, sin discriminación bajo ningún pretexto ni distinción alguna, promoviendo, defendiendo y haciendo cumplir los derechos de las personas a lo largo de todas las etapas de su vida sexual y reproductiva, así como también de las personas nacientes y de sus familias.
- d) Ser agentes promotores de salud, entendiendo a esta en un sentido amplio y desde un enfoque preventivo.
- e) Reportar, notificar y denunciar los casos de violencia obstétrica e incumplimiento de leyes y/o reglamentaciones que vayan en contra de los derechos de las personas gestantes, de las personas nacientes y de sus familias.
- f) Reportar, notificar y denunciar casos de violencia institucional hacia cualquier trabajador/a de la salud.
- g) Entender la gestación y el parto como procesos fisiológicos, no patológicos.

- h) Respetar el transcurrir fisiológico del parto sin apurar los tiempos biológicos y sin intervenciones, ni medicalización innecesaria a no ser por explícito pedido de la persona gestante.
- i) Respetar la autonomía de las personas gestantes sobre su propio cuerpo y reconocer su autodeterminación en el modo de transitar el proceso de parto/nacimiento.
- j) Respetar y apoyar a la persona gestante para que atraviese el parto con seguridad, poder y dignidad.
- k) Alentar a las personas gestantes y a sus familias a participar activamente en los cuidados antes, durante y después del parto y a tomar decisiones sobre la forma en que están previstos los mismos.
- l) Entender la toma de decisiones como una responsabilidad compartida, entre la persona gestante, su familia y el equipo obstétrico, donde deben primar las decisiones de la persona gestante.
- m) Brindar toda la información y orientación necesaria, actualizada y suficiente para apoyar a las personas gestantes a tomar decisiones informadas.
- n) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente y las certificaciones que la autoridad de aplicación determine.
- o) Apoyar el uso apropiado y justificado de la tecnología, ateniéndose a la evidencia médica, científica y social disponible y actualizada.
- p) Mantener el secreto profesional.
- q) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias competentes en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.
- r) Asumir responsabilidad profesional por su accionar.

Capítulo 4° - Funciones, prohibiciones y sanciones

Artículo 55.- Funciones. Son funciones de los/as profesionales de la obstetricia:

- a) Brindar asistencia y atención de las personas en todas las etapas de su vida sexual y reproductiva, en relación a la planificación familiar; la gestación, el trabajo de parto y el parto de bajo riesgo; la recepción de la persona recién nacida sana; y el postparto (inmediato y hasta las 6 semanas siguientes), promoviendo el transcurrir fisiológico de los procesos, los tiempos biológicos y el uso apropiado de tecnologías bajo su entera responsabilidad.
- b) Detectar la gestación y realizar su control y seguimiento evolutivo.
- c) Fomentar y propiciar una relación de confianza y respeto con la persona gestante y su familia.
- d) Realizar la evaluación del riesgo obstétrico y derivar al profesional de la salud especializado correspondiente ante la presencia de cualquier complicación o patología, ya sea de la persona gestante, la gestación, el parto o la persona naciente.
- e) Realizar un Plan de Parto junto a la persona gestante, de forma colaborativa y no autoritaria, que garantice el derecho a elegir como, donde y con quien parir, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8°.
- f) Asistir partos y alumbramientos eutócicos, en los que no hayan alteraciones en su transcurso fisiológico. Sólo en ausencia de profesionales de la salud especialistas, pueden asistir partos distócicos.
- g) En el proceso de parto fomentar la libertad de movimientos, la hidratación vía oral, la ingesta de alimentos y los descansos para asegurar la vitalidad de la persona gestante y disminuir potenciales complicaciones.
- h) Realizar intervenciones obstétricas, como amniorrexis, hidratación parenteral, goteo oxitócico, sondaje vesical, monitoreo fetal continuo, episiotomía, posterior episiorrafía, etc.

- i) Detectar en la persona gestante y en la persona naciente los signos indicadores de alteraciones del proceso fisiológico del parto que precisen la intervención de un profesional de la salud especializado y continuar con la asistencia junto a este.
- j) Continuar con la asistencia del parto distócico y actuar en la terminación del parto quirúrgico junto al/la profesional de la salud especializado en los casos que razones asistenciales de urgencia y/o emergencia así lo requieran.
- k) Dar asistencia a las personas recién nacidas que no requieran cuidados especiales, reconocer los signos de alarma para realizar consultas o derivar oportunamente; solicitar estudios diagnósticos como pesquisa neonatal para enfermedades congénitas metabólicas, grupo, factor y prevención de ictericia patológica.
- l) Solicitar e interpretar estudios diagnósticos.
- m) Prescribir y administrar fármacos de ser necesario, según habilite su título universitario, anteponiendo terapéuticas no-farmacológicas de ser posible.
- n) Fomentar el vínculo de la persona gestante y la persona naciente a través de la lactancia, respetando la decisión familiar y las pautas culturales.
- o) Realizar acciones de prevención de embarazos no deseados, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos y de barreras contra ITS, realizando la prescripción de ellos y la colocación de Dispositivos Intrauterinos (DIU), previa capacitación correspondiente; y realizando consejerías de salud sexual y reproductiva, en el marco de asesoramiento integral de planificación familiar.
- p) Realizar interrupción legal del embarazo (ILE), bajo los lineamientos del *"Protocolo para la salud integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo"*, emitido por el Ministerio de Salud de la Nación.
- q) Realizar exámenes mamarios y fomentar el auto-examen para la detección precoz de patologías.
- r) Detectar y diagnosticar precozmente el cáncer cérvico-uterino, realizando los estudios pertinentes para su diagnóstico.
- s) Programar, organizar y ejecutar actividades docentes y de formación; entre ellas charlas y talleres de preparación familiar para el parto, de educación para la salud, de difusión y promoción del parto fisiológico, entre otras.
- t) Extender constancias de embarazo y de nacimiento para presentar a donde corresponda por motivos de asignaciones de seguridad social, licencias laborales y descansos pre y posnatales, constataciones de parto, gestión de partidas de nacimiento de personas nacidas en domicilios particulares y en Casas de Nacimientos, defunciones fetales-neonatales, órdenes de internación y altas en relación al parto eutócico en efectores de salud públicos y/o privados, confección de historias clínicas, seguimiento y evolución de las mismas; siendo profesionales competentes y su firma y matrícula suficiente para ello.
- u) Organizar, planificar, asesorar, coordinar, ejecutar y evaluar actividades docentes en sus diferentes modalidades y niveles educativos.
- v) Realizar y evaluar proyectos y trabajos de investigación.
- w) Participar en el campo de la medicina legal, efectuando peritajes dentro de sus competencias, previa capacitación en instituciones habilitadas por la Suprema Corte de Justicia o la autoridad competente en cada jurisdicción.

Artículo 56.- Prohibiciones. Queda prohibido para los/as profesionales de la obstetricia:

- a) Realizar prácticas asistenciales que provoquen un peligro inminente para la salud perinatal.
- b) Ejercer la profesión en consultorios médicos, Casas de Nacimientos, instituciones asistenciales o de investigación que no se encuentren debidamente habilitados, en

los términos de las disposiciones vigentes, a excepción de la atención brindada en el domicilio de la persona gestante.

- c) Delegar en personal auxiliar o técnico, facultades, funciones o atribuciones inherentes a su profesión.
- d) Prescribir fármacos ajenos a su incumbencia profesional de su título de grado.
- e) Realizar publicaciones y/o anuncios con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados, si previamente no han sido sometidos a consideración de su ámbito específico.
- b) Ejercer la profesión mientras se encuentre inhabilitado/a.

Artículo 57.- Sanciones. Los/as profesionales de la obstetricia que en su ejercicio profesional incumplan lo dispuesto en la presente Ley, serán sancionados/as de acuerdo a lo establecido en los artículos 125 a 141 de la Ley 17.132, de ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración y sus modificatorias; conforme al Régimen de Faltas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Capítulo 5° - Matrícula

Artículo 58.- Requisitos. Para el ejercicio de la obstetricia se debe inscribir previamente el título universitario, debidamente convalidado por el organismo correspondiente en el caso de ser extranjero, en la autoridad de aplicación que es quien brinda la autorización necesaria para el ejercicio de la profesión otorgando una matrícula habilitante.

Artículo 59.- Exclusión. Son causa de exclusión de la matrícula:

- a) Anulación del título universitario.
- b) Sanción del Ministerio de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión.
- c) Pedido del/la profesional.
- d) Fallecimiento del/la profesional.

TÍTULO V

CONSTANCIA DE EMBARAZO Y CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Capítulo 1° - Constancia de embarazo

Artículo 60.- Constancia. Todas las personas gestantes deben tramitar una constancia de embarazo a partir de la semana 12 y antes de la semana 28 de gestación.

Artículo 61.- Formato. La autoridad de aplicación debe realizar un formato único de constancia de embarazo.

Artículo 62.- Expedición de constancia. La constancia de embarazo debe ser expedida por médicos/as o profesionales de la obstetricia en:

- a) Efectores de salud públicos o privados.
- b) Domicilios particulares.
- c) Consultorios de médicos/as o profesionales de la obstetricia.
- d) Casas de Nacimientos.

En los casos que detallan los puntos b, c y d, la autoridad de aplicación determinará algún requisito de certificación que valide la constancia por motivos de seguridad.

Artículo 63.- Información. La constancia de embarazo debe contener la siguiente información:

- a) **Datos de la persona gestante:** Nombre, apellido, número de DNI y domicilio.
- b) **Datos de el/la médico/a o del/ la profesional de la obstetricia que extiende la constancia:** Nombre, apellido, número de matrícula y firma.
- c) **Información relevante:** Fecha probable de embarazo, cantidad de semanas de gestación, cantidad de embriones o fetos detectados y fecha probable de parto.

Capítulo 2° - Certificado de Nacimiento en domicilio particular o Casa de Nacimientos asistido por profesional/es de la obstetricia

Artículo 64.- Certificado de Nacimiento. El certificado de nacimiento es un mecanismo para dejar constancia de que ha ocurrido un nacimiento en un domicilio particular o en una Casa de Nacimientos y la filiación de la/s persona/s naciente/s con la persona gestante. La misma debe ser completada por el/ la profesional de la obstetricia que asiste el parto y entregada personalmente por este/a a la Sede Comunal correspondiente al domicilio donde aconteció el nacimiento, para que posteriormente la familia de la/s persona/s recién nacida/s realice la inscripción y obtenga la/s Partida/s de Nacimiento/s.

Artículo 65.- Extensión del certificado. El certificado de nacimiento debe ser expedido por un/a profesional de la obstetricia, que cumpla con los requisitos solicitados para ello, a los fines de inscripción de la persona naciente en el Registro Nacional de las Personas conforme a lo establecido en el artículo 32 de la Ley Nacional 26.413.

Artículo 66.- Requisitos para la extensión de certificados. Todo profesional de la obstetricia, para poder emitir certificados de nacimientos de partos en domicilios particulares o en Casas de Nacimientos, debe certificar su firma en el Registro Civil Central de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires e informar en él de su servicio asistencial independiente, por medio de una declaración jurada.

Artículo 67.- Obtención de los certificados a completar. El/la profesional de la obstetricia que asiste partos en domicilios particulares o en Casas de Nacimientos debe solicitar los certificados de nacimientos a completar en el Registro Civil Central. Este debe hacer entrega de diez (10) certificados de nacimiento numerados.

Artículo 68.- Acta de retiro de certificados. En el momento en que se le entregan los certificados al/la profesional de la obstetricia, se debe realizar un acta de retiro en el libro de actas de dicho registro destinado a tal fin, con firma y matrícula de quién retira.

Artículo 69.- Nuevo retiro de certificados. Para el retiro de nuevos certificados de nacimiento vacíos, el/la profesional de la obstetricia debe presentar al Registro Civil Central una planilla con la siguiente información de cada uno de los certificados por él/ella emitidos:

- a) N° de Certificado de Nacimiento.
- b) Apellido, nombre y DNI de la persona gestante.
- c) Fecha, hora y lugar del nacimiento.
- d) Fecha y lugar de la emisión del certificado.

La planilla a entregar debe poseer fecha de entrega, número de matrícula y firma de el/la profesional de la obstetricia.

El Registro Civil Central por su parte, le debe entregar a este/a una copia sellada y firmada por el funcionario que recibe.

La autoridad de aplicación debe realizar un formato único de estas planillas a archivar.

Artículo 70.- Información. El certificado de nacimiento debe contener la siguiente información:

- a) **Datos de la persona gestante:** Nombre, apellido, nacionalidad, edad, domicilio, teléfono de contacto y tipo y número de documento.
- b) **Datos de la persona recién nacida:** Nombre, apellido, peso, edad gestacional y fecha, hora y lugar de nacimiento.
- c) **Datos del parto:** Cantidad de semanas de gestación, cantidad de personas recién nacidas vivas. Si se trata de un parto asistido en domicilio particular o en Casa de Nacimientos y dirección de donde se ha producido el mismo.
- d) **Otros:** Impresión del pulgar derecho de la persona gestante, impresión plantar derecha de la/s persona/s recién nacida/s y firma de la persona gestante.
- e) **Datos del/ la profesional de la obstetricia que extiende el certificado:** Nombre, apellido, número de matrícula y firma.
- f) **Fecha y lugar de expedición del certificado.**

Artículo 71.- Entrega del certificado emitido. El certificado de nacimiento completo con la información correspondiente debe ser entregada por el/la profesional de la obstetricia que asistió el parto en un domicilio particular o en una Casa de Nacimientos, en la Sede Comunal correspondiente al domicilio en donde tuvo lugar el nacimiento por él/ella asistido y se debe entregar también una copia a la/s persona/s con voluntad procreacional.

Artículo 72.- Registro de los certificados emitidos. Todo/a profesional de la obstetricia que brinde servicio asistencial independiente en domicilios particulares o en Casas de Nacimientos, debe llevar un registro exhaustivo de todos los nacimientos que ha asistido y de los cuales ha elaborado el certificado correspondiente, en un libro de actas rubricado por la autoridad de aplicación, con la información detallada en el artículo 70. Este libro de actas podrá ser solicitado por la autoridad de aplicación cuando esta así lo determine.

Capítulo 3° - Inscripción de personas nacidas en domicilios particulares o en Casas de Nacimientos

Artículo 73.- Inscripción. Para la inscripción de las personas nacidas en domicilios particulares o en Casas de Nacimientos se debe solicitar un turno en la Sede Comunal correspondiente al domicilio en donde tuvo lugar el nacimiento, por medio de los mecanismos actualmente vigentes para la inscripción de personas nacidas dentro del sistema de salud de la Ciudad, en efectores públicos o privados.

Artículo 74.- Requisito. Es requisito para la inscripción de las personas nacidas en domicilios particulares o en Casas de Nacimientos presentar la Constancia de Embarazo, además de los requisitos actualmente vigentes para este trámite.

TÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Artículo 75.- Funciones de la autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación debe:

- a) Llevar la matrícula de los/las profesionales de la obstetricia.
- b) Implementar mecanismos de control para garantizar que la obstetricia no sea ejercida por personas carentes de títulos universitarios o sea ejercida por profesionales de la obstetricia sin matricula habilitante.
- c) Crear y mantener actualizado el "*Registro de médicos/as y profesionales de la obstetricia que asisten partos en domicilios particulares y/o Casas de Nacimientos*".
- d) Implementar mecanismos de control para garantizar que todos/as los/as profesionales de la obstetricia que asisten partos en domicilios particulares y en Casas de Nacimientos estén inscriptos en el "*Registro de médicos/as y profesionales de la obstetricia que asisten partos en domicilios particulares y/o Casas de Nacimientos*".
- e) Crear y mantener actualizado el "*Registro de médicos/as y profesionales de la obstetricia que asisten partos en domicilios particulares y/o Casas de Nacimientos*".
- f) Controlar el cumplimiento de lo establecido en la presente Ley.

Artículo 76.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente Ley es el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 77.- Entrada en vigencia. La presente ley entra en vigencia a los treinta (30) días de su promulgación.

Artículo 78.- Reglamentación. El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir de su promulgación.

Artículo 79.- Comuníquese, etc.

FUNDAMENTOS

Señora Presidenta:

El presente proyecto propone la sanción de una *Ley Integral de Parto Respetado y Atención Perinatal*, a fin de regular todos los mecanismos y las condiciones necesarias para asegurar que todos los partos que tengan lugar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sean partos respetados y que la atención perinatal sea la adecuada en cada caso; para ello, regula las funciones y prestaciones de las personas físicas, jurídicas y de los dispositivos de registros intervinientes en este proceso.

Esta iniciativa responde a la necesidad de garantizar el efectivo ejercicio de los derechos constitucionales de las personas gestantes -antes, durante y después del parto- y de las personas naciendo y sus familias; así como también, para promover la transparencia y la seguridad en todo el proceso de parto/nacimiento.

INTRODUCCIÓN

La humanidad ha sabido, por miles de años, reconocer sus procesos fisiológicos y actuar acorde con la naturaleza. La industrialización y la medicalización de las sociedades han llevado a una separación de esa sabiduría y a cometer actos absurdos, peligrosos y denigrantes. Si bien la tecnología y los avances en materia de medicación y prácticas médicas han salvado muchas vidas, también han ocasionado sufrimiento, mala praxis y muerte a causa de una utilización compulsiva de prácticas invasivas y la mecanización intervencionista del proceso de parto/nacimiento, por el mal uso que en la mayoría de las instituciones de salud se hace de ellas.

La institucionalización del parto/nacimiento iniciada a fines del siglo XIX y su consolidación en el siglo XX, llevó a que los/as médicos/as sustituyeran a las parteras -aún en los partos eutócicos en los que no hay alteraciones en el transcurso fisiológico-, a que los hospitales reemplazaran a los hogares, como lugar para que acontezca el parto; a que el equipo humano y tecnológico de las instituciones de salud ocupen el lugar de las familias de la persona gestante, como apoyo en el proceso de parto; a que la posición de litotomía -obligada por las instalaciones y las prácticas- desplace a la libertad de movimientos; a que el examen de las personas recién nacidas -en los primeros veinte minutos de vida- sustituya, en algunos casos, al primer contacto de la persona naciente con la persona gestante; al aumento significativo de la administración de medicamentos, de episiotomías y de cesáreas en detrimento de los partos fisiológicos; entre muchos otros cambios en las dinámicas del parir y del nacer.

Durante los años 80's y 90's tuvo un gran desarrollo, en contraposición al *Modelo Médico Hegemónico*, el *Modelo Médico Social*. Basado en evidencia científica y apoyado mayoritariamente por parteras, científicas perinatales y por profesionales de la salud pública, ofreció pruebas contundentes sobre la necesidad de efectuar cambios en la atención institucional del parto. Esto último, implicó que se comience a hablar de parto respetado, de violencia obstétrica y que en algunos países del mundo se creen Casas de Nacimientos independientes, aumente el número de profesionales de la obstetricia y se realicen cambios legislativos que reconocen al parto planificado en domicilio como una práctica válida y segura.

En abril de 1985 la oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre las tecnologías apropiadas para el parto. Este evento tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de profesionales de la obstetricia, médicos/as obstetras, neonatólogos/as y pediatras, epidemiólogos/as, sociólogos/as, psicólogos/as, economistas, administradores/as sanitarios, personas gestantes y post-gestantes. La cuidadosa revisión de los conocimientos expuestos quedó plasmada en la edición de la "*Declaración de Fortaleza OMS: Tecnologías apropiadas para el parto*"¹, un primer documento fruto del consenso internacional que contempla recomendaciones para la atención del parto/nacimiento desde una perspectiva desmedicalizadora, aplicable a los servicios perinatales de todo el mundo.

En este emblemático informe la OMS deja en claro que el embarazo no es una enfermedad y sus recomendaciones promueven el efectivo ejercicio del derecho de las personas gestantes a decidir cómo, con quién y a donde parir; a recibir información relevante, completa y suficiente para la toma de decisiones informadas; y a tener atención perinatal no invasiva, apropiada, sin intervenciones innecesarias y respetuosa de los procesos fisiológicos.

A lo largo de las últimas décadas, las sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales han adaptado progresivamente sus protocolos de atención de la gestación, el parto, el nacimiento y el post-parto según las recomendaciones de la evidencia científica y la nueva visión del proceso como un evento de la vida reproductiva de las personas gestantes y de sus familias, y no como una enfermedad en la que hay que intervenir.

El 25 de agosto de 2014 fue sancionada en nuestro país la Ley N°25.929 de "*Parto Humanizado*". Desde su sanción a la fecha no se ha reglamentado y a pesar de ser sumamente operativa y de no necesitar en principio de una reglamentación para que se respeten los derechos básicos que en ella se establecen, se ha utilizado este hecho como excusa en la mayoría de los efectores de salud de nuestro país, en donde no se aplica ni se cumple.

Para la asistencia y atención perinatal de partos de bajo riesgo se debería partir del concepto de que no hay que realizar ninguna intervención en la atención a de una persona gestante y de una naciente sanas, salvo que ella demuestre beneficio a la luz de la evidencia científica, en caso de que sea necesario corregir alguna patología o a pedido expreso de la persona gestante, sin embargo: "*Existe una tentación de tratar todos los partos rutinariamente con el mismo alto grado de intervencionismo tanto si son complicados como sino. Esto, lamentablemente, tiene una serie de efectos negativos, algunos de ellos con serias implicaciones y que van desde el mero costo del tiempo, formación y equipo requerido por los numerosos métodos utilizados, hasta el hecho de que muchas mujeres rehúyan a pedir la ayuda que necesitan debido al alto grado de intervencionismo. Las mujeres y sus hijos pueden resultar dañados por prácticas innecesarias.*"²

La lucha por el "*Parto Respetado*" se ha convertido en las últimas décadas en un movimiento mundial que poco a poco va creciendo, obteniendo el reconocimiento de

¹ "*Declaración de Fortaleza OMS: Tecnologías apropiadas para el parto*". Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM.

Disponible en: www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf

² OMS, "*Cuidados en el parto normal: una guía práctica*". Cap. 1.2 Antecedentes.

Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

cada vez más personas y ganando espacio entre los organismos internacionales de derechos humanos y los organismos estatales relacionados con la salud. Su reclamo es claro: buscan un cambio de paradigma en el modelo de atención del proceso perinatal, que respete los derechos humanos de las personas y que garantice un parto y una bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan al mundo.

PARTO RESPETADO VS. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En la Argentina, los partos respetados representan un porcentaje ínfimo del total de los partos que tienen lugar en el país y en general se dan por fuera de la institución médica, en donde muchas veces el proceso de parto y nacimiento se reduce a un acontecimiento médico que debe apurarse, acallarse, resolverse con la premura con la que se cose una herida abierta o se frena una hemorragia.

Parto respetado es aquel que se vive y se protege como un proceso fisiológico y emocional saludable que no requiere necesariamente intervención médica, sino acompañamiento y sostén, y que al mismo tiempo garantiza el respeto de las decisiones de las personas gestantes en relación a cómo, con quién y en dónde parir y el acompañamiento necesario para la toma de decisiones seguras e informadas antes, durante y después del parto.

Además, en un parto respetado debe haber un trato respetuoso, de modo individual y personalizado y no debe existir ningún tipo de discriminación a través de acciones u omisiones. En contraposición a estos derechos, frases como “*cállate mamita*” o “*si te gustó el durazno ahora báncate la pelusa*” forman parte de un imaginario que se hace eco en hospitales públicos y clínicas privadas.

"Tendemos a asociar parto respetado a un parto donde nos trataron bien y ya es la gloria si además nos contuvieron emocionalmente y no es así, o no es solo eso, en realidad se habla de parto respetado cuando por un lado se respeta la fisiología del parto/nacimiento sin intervenir ni medicalizar innecesariamente y por otro cuando se respetan las decisiones informadas de la mujer (la información debe ser completa, verdadera y suficiente); a eso hace referencia sobre todo el término parto respetado. El buen trato, el trato digno debería darse por descontado, es lo que corresponde por el mero hecho de existir. Desafortunadamente sabemos que no es así, que tenemos que partir de la base de pedir y exigir que nos hablen bien, nos traten bien, no nos infantilicen, ni nos agredan verbalmente..."

Es interesante cómo incluso las mujeres solemos defender o proteger al profesional que nos asistió diciendo que nos trató bien, que era muy amoroso y contenedor y hasta divertido, por encima de la carnicería que haya podido realizar sobre nuestro cuerpo o el de nuestra criatura, lo que demuestra una vez más el alto nivel de tolerancia que tenemos frente a la opresión, la necesidad que tenemos, en un mundo a veces tan hostil, de un trato amable y la desconexión que tenemos con nuestro cuerpo, dando prioridad a que nos hayan hablado bien y tratado amablemente sin percatarnos que nuestro cuerpo ha sido irrespetado, maltratado, mutilado y denigrado, con cortes, pinchazos, medicaciones y demás maniobras innecesarias.

La existencia de la violencia obstétrica, está arraigada en la idea de que nuestro cuerpo es de segunda categoría, inferior a la mente y la razón y que además le pertenece a

otrxs, y es por eso que asistimos mansamente a las sesiones de tortura que socialmente hemos acordado llamar partos."³

Intervención y medicalización, sin que medie justificación médica o petición de la persona gestante con información suficiente, completa y verdadera es **Violencia Obstétrica** y es abuso de poder, sin atenuantes, ni medias tintas.

La Ley N°26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales -en su artículo 6, inciso e- define a la Violencia Obstétrica como *"aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (...)"*⁴

Invisibilizada aunque no invisible para quienes la soportaron, este tipo de violencia es una práctica demasiado habitual: *"Sol parió en Quilmes, en una clínica privada, en febrero. Tenía la ilusión de ser "la protagonista de mi parto", de tomarse su tiempo, el tiempo que fuera para que su cuerpo sea el que hable. Paradójicamente, apenas tuvo tiempo para enunciar lo que quería. Separada de su pareja desde el primer momento, la atemorizaron de tal modo que sus ilusiones parecían caprichos frente a la posibilidad de que "algo malo" le pasara a ella o a su bebé. Llegó ansiosa a la internación, como la mayoría de las mujeres. La inmovilizaron, la conectaron al monitor fetal y en medio de una contracción sentenciaron que los latidos de su bebé estaban en zona de riesgo, que probablemente le faltara oxígeno. No le explicaron ninguna otra cosa, ni siquiera le proporcionaron oxígeno extra. A pesar de todo, ella resistió: "Siguiendo la indicación de la primera médica (que la atendió), empiezo a respirar tranquila y profundo y pregunto si siguen disminuyendo los latidos, a lo cual me responde que no, que los latidos se normalizaron; pregunto entonces si podemos evitar la cesárea, a lo cual la doctora (de guardia) me responde que no, cesárea. En minutos tenía cuatro personas encima, sacándome la ropa, pinchándome, afeitándome, yo lloraba, preguntaba por mi marido, y le pedía a la médica una y otra vez que quería entrar con mi marido al quirófano. A lo cual (la médica de guardia) me responde que no se puede. En simultáneo siento cómo se burlaban entre ellas de otra parturienta que ya aguardaba en sala de partos, 'está descontroladísima', comentan y en un momento oigo también cómo se burlaban de mí y mi requerimiento de que mi marido me acompañe (...)"* El testimonio de Sol pudo leerse a principios de año en la Red Informativa de Mujeres de Argentina (RIMA), donde su carta llegó como un pedido de ayuda para que lo que había sufrido no quede impune. *"A todo esto mi marido regresa de hacer los trámites –sigue la carta de Sol–, nunca lo reúnen conmigo, lo dejan en la sala de espera, desde donde me siente llorar y nadie le explica qué está pasando, finalmente increpa a una de las médicas y le exige que le explique qué ocurre, a lo que le responden que van a realizar una cesárea, que espere ahí, que ya lo iban a llamar (lo cual nunca ocurrió). El trato durante la cesárea fue horrible, fui llorando, muerta de miedo, los médicos se manejaron como si yo no estuviera allí, como si estuvieran manipulando un objeto, charlaban entre ellos y sólo se dirigieron a mí para decirme que deje de llorar (...) En un momento, sin decir nada, todo el equipo se había retirado a asistir el otro parto y quedé sola con una enfermera, me pasaron a una camilla, y de allí me llevaron a un*

³ **Violeta Osorio**, militante de la Asamblea Por el Derecho a Elegir cómo Parir. Disponible en: www.facebook.com/notes/10153162172007576/

⁴ **Ley 26.485 de de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.** Disponible en: www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/complementaria/ley26485.pdf

pasillo, donde estuve sola cerca de media hora calculo. En un momento pasó la enfermera y ante los gritos de la otra parturienta me comentó 'Viste y vos querías parto natural', luego de un rato largo y cuando volvió a pasar la misma enfermera pregunté por mi hijo a quien todavía no había visto, '¿es una nena?' pregunto, "no, un varón", 'no sé, ya lo van a traer'".⁵

Maltratos, utilización de lenguaje inapropiado, críticas por manifestar emociones, imposibilidad de plantear temores e inquietudes, personas gestantes obligadas a parir solas -cuando la ley dice que tienen derecho a estar acompañadas por quienes ellas decidan-, inmovilizadas, separadas de sus hijos/as en el instante siguiente al nacimiento, cesáreas innecesarias y sin justificación médica, tactos realizados por más de una persona, episiotomías de rutina, uso de fórceps sin estricta necesidad o consentimiento, la realización de maniobras de Kristeller -a pesar del riesgo que conlleva-, raspajes de útero sin anestesia, son las más comunes representaciones de esta violencia.

"Yo quisiera escuchar a los médicos para saber cómo justifican la rutina del parto que suele aplicarse en la mayoría de las instituciones. Sabemos, porque lo dice la OMS y nuestra propia ley, que la episiotomía no debería ser parte de la rutina, que acostar a las mujeres para parir es una forma de inmovilizarlas que complica el parto, que estar acompañadas es fundamental. Sin embargo, estas cosas tan sencillas no se cumplen y las mujeres que demandan son pocas porque todavía hay mucha desinformación."⁶

Urge un cambio cultural para la transformación verdadera del sistema de atención perinatal. El cuerpo de las mujeres y de todas las personas con un útero no aguanta un atropello más.

Todas estas prácticas no solo violan la Ley N°26.485, sino también la Ley N°25.929 que protege los derechos de las personas gestantes, las nacientes y sus familias en el proceso de parto y nacimiento; y la Ley N°26.529 que protege los derechos de los/as pacientes.

PARTO PLANIFICADO EN DOMICILIO

La Declaración de Ceará *sobre la humanización del parto* y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a las tecnologías adecuadas para el parto, desafían a los países en donde todavía se restringe el derecho de las personas gestantes a elegir cómo, con quién y en dónde parir.

Consecuentemente con la evidencia científica y las recomendaciones de la OMS, en todos los países y áreas donde es posible establecer un servicio de parto domiciliario apoyado por un sistema hospitalario, a todas las personas gestantes que cursen embarazos de bajo riesgo, se les debería ofrecer la posibilidad de considerar la opción del parto en domicilio, así como también brindarles toda la información disponible para guiar su elección.

"Trabajamos para que la mujer tenga derecho a elegir dónde quiere parir, es respetable la mujer que quiere una cesárea programada, la anestesia peridural y un parto inducido, y al mismo tiempo también la mujer que quiere parir en la privacidad de

⁵ *"La violencia obstétrica es violencia de género"*, Marta Dillon, 26 de mayo de 2013. Página/12. Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-8037-2013-05-26.html

⁶ Op. Cit. Perla Prigoshin, abogada feminista.

su hogar, viviendo un proceso espontáneo, sin drogas -sostiene Marina Lembo, presidenta de la Asociación Argentina de Parteras Independientes (Aapi)"⁷.

El parto planificado en domicilio es un modelo de atención reconocido y avalado internacionalmente. La evidencia disponible sugiere que para las personas gestantes de bajo riesgo un parto planificado en domicilio con profesionales idóneos es seguro y viable; así como también, la planificación familiar, el seguimiento de la gestación y la atención del parto y el posparto, tanto de la persona gestante, como de la persona naciente.

Los estudios comparativos de partos ocurridos en efectores de salud con partos ocurridos en domicilios particulares, ambos de personas gestantes de similares características, no sólo muestran que los partos planificados en domicilios son seguros, sino también registran similitudes en el riesgo de mortalidad perinatal en ambos grupos. A su vez, las tasas de intervenciones médicas sobre el proceso fisiológico del parto son significativamente más bajas en los partos planificados en domicilios. La investigación científica dice que en partos de bajo riesgo ambas opciones, hospitalaria y domiciliaria, son igual de seguras.⁸

Por su parte, no existe evidencia científica en contra del parto domiciliario planificado, ya que toda la información disponible es anecdótica, carente de sustentos reales y cargada de prejuicios; siendo además, el punto de mayor conflicto y con riesgo de mortalidad de las personas gestantes y nacientes, la falta de una adecuada recepción de los traslados a instituciones de salud en situaciones de emergencia obstétrica o neonatal provenientes de domicilios particulares, lo que podría subsanarse con adecuada legislación que garantice la implementación de protocolos de traslados y recepción para cuando sea necesario reevaluar un plan de parto por alguna eventualidad.

"Según las estadísticas de la Aapi, del total de mujeres que planifican parir en el domicilio, el 90 por ciento de ellas finaliza su parto en su hogar y un 10 por ciento es trasladada a un hospital o clínica. De ellas, un 5 por ciento termina pariendo en la institución y otro 5 por ciento va a cesárea, en contraposición con el sistema privado que tiene entre un 40 y un 50 por ciento de cesáreas. En ninguna región las cesáreas deberían ser más del 15%, según la Organización Mundial de la Salud."⁹

La Organización Mundial de la Salud, entiende a la salud en un sentido amplio, incluyendo factores no solo de índole médica y física si no también consideraciones emocionales, espirituales, sociales y culturales. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas gestantes y sus familias deben ser libres para tomar decisiones sobre el parto basadas también en estos factores, ya que el parto es mucho más que un evento físico y un acto médico.

En este sentido, muchos países contemplan el parto en domicilio y su cobertura económica, como una política de Estado para la correcta atención de las personas gestantes y las personas nacientes, evitando así cualquier esbozo de violencia obstétrica y garantizando los derechos y la autonomía de los/as ciudadanos/as y el desempeño

⁷ Disponible en: <http://www.noticias24.com/salud/noticia/6914/dpa-parto-en-casa-una-forma-mas-humanizada-de-llegar-al-mundo/>

⁸ **Emilio Santos Leal** (2011), "Embarazo y parto. Todo lo que necesitas saber", *Cap.7: La asistencia al parto*, pag. 206–208. Editorial Anaya.

⁹ Disponible en: <http://www.noticias24.com/salud/noticia/6914/dpa-parto-en-casa-una-forma-mas-humanizada-de-llegar-al-mundo/>

profesional dentro de un marco sanitario y legal de seguridad, para minimizar cualquier tipo de riesgos y perjuicios de quienes eligen estos servicios.

En **Australia** desde abril de 2007, el estado de Australia Occidental ofrece cobertura total del parto en domicilio. Los demás Estados Australianos proporcionan una subvención de ayuda para las personas que eligen esta opción de manera particular.

En **Canadá** las políticas públicas de salud promueven que las personas gestantes con embarazos de bajo riesgo tengan su parto en casa. Los estados de Ontario, British Columbia, Saskatchewan, Manitoba, Alberta, y Quebec tienen cobertura total del servicio de parto en domicilio.

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

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

En **Austria** el parto en domicilio es asistido por profesionales de la obstetricia. Tanto el parto, como las consultas durante la gestación y una visita diaria durante los 5 días posteriores a este, están cubiertos por la seguridad social del país. Se puede elegir por profesionales de la obstetricia de la salud pública o por aquellos/as que brinden servicios de modo independiente. En este último caso el Estado reembolsa el 80% de la tarifa.

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

En **Noruega**, **Dinamarca** y **Holanda** la Seguridad Social lo cubre en todo el país. En este último el parto en casa es la opción habitual de parto para el embarazo eutócico y un 30% de las personas gestantes eligen esta opción.

En **Reino Unido** el Servicio Nacional de Salud tiene cobertura total y equipos de profesionales de la obstetricia dedicados a la asistencia del parto en domicilio, dependientes del Servicio de Obstetricia de cada hospital. Los/as profesionales de la obstetricia tienen contacto frecuente con la persona gestante hasta el parto. Según la ley, ninguna persona puede ser forzada a acudir a un hospital para su parto y tanto el Colegio Profesional de Matronas como el de Obstetras y Ginecólogos apoyan este tipo de partos cuando no se esperen complicaciones.

Según el Informe "*Cuidados en el parto normal: una guía práctica*", presentado por el Grupo Técnico de Trabajo del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 1996): "*Se puede afirmar que una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia inferior capaz de asegurar un manejo correcto del parto (Federación Internacional de Ginecólogos/as y Obstetras - FIGO 1982). Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se centren en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura. Si el*

parto va a ser domiciliario, deben existir planes de antemano para remitir a la mujer a un hospital si esto fuese necesario, y la mujer debe tener conocimiento de ello".¹⁰

En Argentina cada vez más personas eligen parir en sus hogares, fuera de un efector de salud, ya sea público o privado. La decisión acerca de "dónde" parir debería basarse en el riesgo cierto y en los valores propios de cada persona gestante, garantizando el ejercicio pleno de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Actualmente en nuestra Ciudad los partos en domicilios son prácticas que suceden de manera cotidiana y es por ello que resulta imperioso garantizar presupuestos mínimos de cumplimiento y seguridad, en pos de proteger el bienestar de las personas gestantes, las personas nacientes y sus familias.

CONSIDERACIONES FINALES

Para que no exista violencia obstétrica y tenga lugar un parto respetado con atención perinatal adecuada, es necesario garantizar el reconocimiento de las personas gestantes como personas competentes de modo que se facilite su participación como protagonista del proceso de planificación familiar, gestación, el trabajo de parto, el parto y el postparto; el reconocimiento y el respeto de la autodeterminación de las personas gestantes en el modo de transitar el parto y de la elección de cómo, con quién y en dónde parir; el reconocimiento de las diferencias y especificidades individuales y en función de esto, el respeto de las necesidades particulares de cada persona gestante; y la asistencia profesional respetuosa, la cual no debe interferir, ni intervenir rutinariamente de no haber una situación de riesgo evidente, si no que por el contrario, debe acompañar a la persona gestante durante todo el proceso de parto/nacimiento.

En este sentido, la importancia de esta iniciativa parlamentaria radica en generar las obligaciones y condiciones básicas necesarias para que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires todos los partos sean *Partos Respetados* y sean asistidos consecuentemente a sus principios. Todo esto implica la regulación y elaboración de mecanismos que deben comenzar a regir en la etapa pre-gestacional con la planificación familiar, estar presentes durante la gestación y el parto, y concluir en la etapa de posparto.

Entre dichos mecanismos se incluyen: el establecimiento de una base de derechos y garantías que deben estar presentes en todo el proceso y deben ser ejercidos por todas las personas gestantes, nacientes y sus familias; la elaboración de un marco regulatorio del ejercicio de los/as profesionales de la obstetricia incluyendo a aquellos/as que prestan servicios de manera independiente; y la creación de dispositivos administrativos de control para una mayor seguridad y transparencia en todo el proceso de parto/nacimiento y el procedimiento de inscripción de las personas nacidas en domicilios.

Cabe destacar que, a los efectos de resguardar a las personas que nacen por fuera de los efectores de salud y a fin de prevenir la supresión y sustitución de identidad de las mismas, esta iniciativa parlamentaria prevé la emisión de la "*Constancia universal de embarazo*" y del "*Certificado de Nacimiento en domicilio particular o Casa de Nacimientos asistido por profesional/es de la obstetricia*". Ambos son instrumentos necesarios para la inscripción de las personas recién nacidas, que permitirán identificar

¹⁰ OMS, "*Cuidados en el parto normal: una guía práctica*". Cap. 2.4 Lugar del parto. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

inequívocamente a las personas con voluntad procreacional y a la naciente, sin perjuicio de la aplicación de la Ley Nacional 24.540 de Identificación del Recién Nacido.

Por otra parte, generar un *"Certificado de Nacimiento en domicilio particular o Casa de Nacimientos asistido por profesional/es de la obstetricia"* con formato y procedimiento unificado es una manera de aunar criterios, ya que de acuerdo a la jurisdicción varía la interpretación que se hace del artículo 32 de la Ley Nacional 26.413 de Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, que establece las formas de probar el hecho del nacimiento.

A diferencia de otros distritos, actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires los nacimientos ocurridos en domicilios particulares o Casas de Nacimientos asistidos por profesional/es de la obstetricia al momento de la inscripción, son probados de acuerdo a lo dispuesto al inciso b): *"Los nacimientos ocurridos fuera de establecimiento médico asistencial, con atención médica, del mismo modo que el anterior"* es decir, *"con certificado médico con las características de los artículos 33 y 34 de la presente ley, suscripto por el médico, obstétrica o agente sanitario habilitado al efecto que hubiere atendido el parto"*.

Sin embargo, es en otras jurisdicciones estos nacimientos deben ser probados de acuerdo a lo dispuesto al inciso c): *"Los nacimientos ocurridos fuera de establecimiento médico asistencial, sin atención médica, con certificado médico emitido por establecimiento médico asistencial público con determinación de edad presunta y sexo, y en su caso un certificado médico del estado puerperal de la madre y los elementos probatorios que la autoridad local determine. Se requerirá además, la declaración de DOS (2) testigos que acrediten el lugar de nacimiento en la jurisdicción de que se trate, el estado de gravidez de la madre y haber visto con vida al recién nacido, los que suscribirán el acta de nacimiento"*.

Es por ello, que teniendo en cuenta que los profesionales de la obstetricia son profesionales de la salud debidamente habilitados, se dispone que corresponda inequívocamente la aplicación del inciso b) de la Ley 26.413 cuando los nacimientos se produzcan fuera de un efector de salud, bajo su supervisión.

El presente proyecto se propone con la firme convicción de que el parto respetado no debe ser una opción, si no una obligación; la única posibilidad para el real ejercicio de los derechos humanos de las personas gestantes, nacies y de sus familias.

Por todo lo expuesto, es que solicitamos la aprobación del presente proyecto de Ley¹¹.

¹¹ Se agradece la colaboración de la asesora Vanesa Calderón en la elaboración del presente Proyecto de Ley, así como también los importantes y fundamentales aportes de Violeta Osorio, Marcia Cortese y Rosana Mazur de la Asamblea por el derecho a elegir cómo parir y del Licenciado en Obstetricia Francisco Saraceno; así como también los aportes realizados por los/as militantes de la Mesa Nacional por la Igualdad.