



PROYECTO DE LEY QUE PROPONE LA LEY DE PROMOCION Y PROTECCION DEL DERECHO AL PARTO HUMANIZADO Y A LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE DEL INFANTE POR NACER Y EL RECIÉN NACIDO

Los congresistas de la República que suscriben a iniciativa del Congresista HORACIO ZEBALLOS PATRÓN y los congresistas Richard Arce Cáceres, Mario Canzio Álvarez, Manuel Danmert Ego Aguirre, Marisa Glave Remy, Indira Huilca Flores, Edgar Ochoa Pezo, Oracio Ángel Pacori Mamani, Tania Edith Pariona Tarquí y Alberto Quintanilla Chacón, ejerciendo el derecho que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y los artículos 74 y 75 del Reglamento del Congreso de la República, proponen la siguiente iniciativa legislativa:

PROYECTO DE LEY QUE PROPONE LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DEL DERECHO AL PARTO HUMANIZADO Y A LA SALUD DE LA MUJER GESTANTE DEL INFANTE POR NACER Y EL RECIÉN NACIDO

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene como objeto la promoción y protección del derecho de toda mujer gestante y el niño y niña por nacer al parto humanizado y a la protección de su salud, a través de una atención pre y post natal competente e integral, y a que la mujer gestante sea reconocida como sujeto de atención respetuosa, con trato horizontal y valorando su opinión y necesidades como protagonista de su propio parto.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

La presente ley es de obligatorio cumplimiento en todo el Sector Salud, público y privado, abarcando a los profesionales de la salud y sus colaboradores en el territorio nacional.

Artículo 3. Derechos en relación con el embarazo y parto

Toda mujer, durante el desarrollo del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, tiene los siguientes derechos:

- A realizar un proceso de preparación para el parto (Psicoprofilaxis Obstétrica), a fin de garantizar el bienestar de la gestante, su pareja y el niño(a) por nacer.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos, y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén debidamente justificados por el estado de su salud de la madre y la del niño(a) por nacer.
- A ser informada sobre las intervenciones médicas que le pudieran ser practicadas durante el trabajo de parto, parto y postparto, sobre la evolución de su parto, sobre los cuidados de sí misma y del recién nacido, sobre el consumo de productos saludables, sobre los beneficios de la lactancia materna, sobre regulación de la fecundidad, a la prescripción de un método de anticoncepción y en caso del deceso de su hijo o hija, información veraz, completa y

detallada sobre las causas de muerte, a recibir atención psicológica si lo desea y que le sea entregado el cuerpo de su hijo o hija independientemente de la edad gestacional.

- d. A ser tratada con respeto, sin discriminación de modo individual y personalizado que se le garantice su derecho a la intimidad –durante todo el proceso asistencial respetando su identidad cultural y creencias particulares de cada caso particular. Que se le garantice el derecho a la intimidad durante todo el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio tomando en consideración su identidad cultural.
- e. A ser considerada, en el proceso de nacimiento, como sujeto de atención preferencial y persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- f. A no ser sometida a ningún procedimiento médico o intervención de investigaciones científicas, sin previo consentimiento informado, según protocolo aprobado por la Autoridad Nacional de Salud.
- g. A ser acompañada por una persona de su elección y confianza durante el trabajo de parto, parto y postparto, garantizándose este derecho a través de las recomendaciones y cumplimiento de los protocolos a que hubiere lugar.
- h. Se debe permitir el uso de estímulos para la relajación de la madre (luzes visuales, sonoros) en el ambiente del parto y postparto.
- i. En el caso de parto natural, se debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros y agua durante e inmediatamente después del parto, así como elegir vestimenta (suya y del bebé), el destino de la placenta, entre otras decisiones.
- j. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario, durante la fase de dilatación, una vez cada cuatro horas es suficiente.
- k. La monitorización fetal electrónica solo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- l. En el parto normal debería existir una razón válida para interferir con el proceso espontáneo de la ruptura de las membranas (amniotomía).
- m. Se aconseja una política de observación sin práctica de exámenes vaginales, ni antibióticos, durante las primeras 48 horas después de la ruptura de membranas. Si la mujer no se ha puesto de parto durante este período de tiempo se podría considerar la utilización de oxitocina.
- n. En el parto natural, la mujer debe elegir la posición que prefiera, puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. Durante el expulsivo la posición vertical tiene ventajas. Pujar es un manejo fisiológico que debe ser el de esperar a que la mujer sienta ganas.
- o. Se aconseja el uso restringido y justificado para la episiotomía, rasurar el vello pubiano o aplicar enemas y sedantes innecesarios.

- p. Se sugiere el pinzamiento tardío esperando de 2 a 3 minutos post nacimiento o hasta que el cordón deje de latir.
- q. A no ser sometida a la maniobra de Kristeller, uso de fórceps o a que el bebe sea jalado a la fuerza, levantado por los pies, golpeado o a que se use la aspiración nasal si no es absolutamente necesario.
- r. A no ser maltratada de ninguna manera física o psicológica. Al uso de diminutivos o despectivos como "hijita", "mamita", etc.

Artículo 4. Derechos del infante por nacer y el recién nacido

Todo infante por nacer y el recién nacido tiene los siguientes derechos:

- a. A recibir trato respetuoso y digno, desde el inicio de la gestación, en todo el proceso de parto, durante el proceso del parto y durante el alojamiento conjunto hasta el alta.
- b. A su inequívoca identificación, garantizando éste derecho con la toma de la huella plantar derecha y la colocación de un brazalete con los apellidos paterno y materno por el profesional que atiende el parto, antes del corte del cordón umbilical.
- c. A no ser sometido a ningún examen o intervención con fines de investigación o docencia, salvo consentimiento expreso y por escrito de sus padres o representantes legales, bajo el protocolo aprobado por la Autoridad Nacional de Salud.
- d. A la internación conjunta con su madre en sala, teniendo en consideración su estado de salud y el de ella.
- e. Al contacto piel a piel con su madre durante la primera hora de ocurrido su nacimiento después de un parto normal o cesárea y permanecer al lado de ella durante su permanencia en el establecimiento de salud.
- f. A la lactancia materna exclusiva, a libre demanda, durante los seis primeros meses de vida.
- g. A la administración de vacunas según esquema vigente y al tamizaje neonatal según lo normado por la autoridad sanitaria.
- s. A no ser separada o se separado de su madre, lo cual significa: Que el bebé sea puesto inmediatamente en contacto piel con piel con su madre después de un parto normal o cesárea y permanezca así durante 45 ó 60 minutos, sin interrupción, si la madre y su hijo o hija están en buen estado de salud y a tener alojamiento conjunto durante toda su permanencia en el establecimiento de salud. Si el recién nacido requiriera de cuidados especiales, tiene el derecho a ser informada sobre la evolución del mismo hasta el alta.

Artículo 5. Sanciones

El reglamento establece las sanciones que se apliquen por incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Monitoreo y cumplimiento de la presente ley

El Ministerio de Salud se encargará de elaborar un informe anual dando cuenta del cumplimiento de la presente ley, y de las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud en el territorio nacional.

El informe anual debe contener información sobre el reporte mensual y consolidado del número total de partos realizados en el sector público y privado, precisando el número de partos naturales y cesáreas, de los cuales llevan registro el Ministerio de Salud, el de Seguro Social de Salud, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, la Sanidad de las Fuerzas Armadas del Perú, las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud y las instituciones que conforman el sector salud.

El Ministerio de Salud Pública publicará en su Portal Institucional los reportes e informes consolidados y demás indicadores a que hace referencia la presente Ley.

El Ministerio de Salud puede solicitar a las instituciones de salud, públicas y privadas, que superen la tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de Salud, información que sustente las razones médicas de las cesáreas realizadas.

SEGUNDA. Implementación en las entidades públicas

La aplicación de lo establecido en la presente Ley se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades públicas involucradas, en el marco de las Leyes Anuales de Presupuesto y conforme a las normatividad vigente.

TERCERA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente Ley en un plazo de sesenta días calendario, contado desde la fecha de vigencia de la presente Ley.

CUARTA. Vigencia de la Ley

La presente Ley entra en vigencia a los noventa días calendario, contado desde la fecha de su vigencia.



Horacio Zeballos Patrón
.....
HORACIO ZEBALLOS PATRÓN
Congresista de la República

Alberto Quintanilla Chacón
.....
ALBERTO QUINTANILLA CHACÓN
Congresista de la República.



Indira Isabel Huilca Flores
.....
INDIRA ISABEL HUILCA FLORES
Congresista de la República

Oracio Angel Pacori Mamani
.....
ORACIO ANGEL PACORI MAMANI
Congresista de la República

Alberto Quintanilla Chacón
.....
ALBERTO QUINTANILLA CHACÓN
Directivo Portavoz
Grupo Parlamentario Nuevo Perú

Tania Edith Pariona Tarqui

.....
TANIA EDITH PARIONA TARQUI
Congresista de la República

Manuel Damert Ego Aguirre
.....
MANUEL DAMMERT EGO AGUIRRE
Congresista de la República



PROYECTO DE LEY 1986/2017-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Lima, 11 de OCTUBRE de 2017

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 1986 para su estudio y dictamen, a la Comisión de Salud y Población.



JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Es copia fiel del original


~~19 OCT 2017~~
POLIDORO CHANAME ROBLES
Fedatario

100

100

100

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

a. MARCO NORMATIVO

El artículo 6 de la Constitución establece que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuada y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud.

A la dación de nuestra Constitución vigente, el concepto de derechos reproductivos ya había sido introducido como respuesta a las políticas demográficas de algunos países, pero aún no había sido reconocido en las declaraciones de las Conferencias Mundiales. Es con el Programa de Acción formulado por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - CIPD, que se reconoce este concepto: "Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos¹. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad" (Declaración y Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo - CIPD, párrafo 7.3. El Cairo, 1994)².

La Declaración y Programa de Acción de Beijing (1995), también hace alusión a los derechos reproductivos, señalando que: "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos³. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos" (párrafo 94). Así mismo, esta declaración señala que: "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las

¹ GUTIÉRREZ, Walter. La Constitución Comentada. Gaceta Jurídica. Primera Edición, Diciembre de 2005. p.401.

² *ibid.* Gutiérrez, p. 402.

³ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 4 al 15 de septiembre de 1995, párrafo 94, pág.347. Consultado en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPIA%20S.pdf>

6

cuestiones relativas a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia"⁴. Ambas aseveraciones consolidan los compromisos políticos asumidos por el Estado peruano respecto a los derechos reproductivos⁵.

En nuestro ordenamiento interno nos encontramos con normas que explícitamente reconocen los derechos reproductivos

El Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población (artículo 1 inciso 2), Ley N° 26842, Ley General de Salud (artículo 6) las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar aprobadas por Resolución Ministerial N° 465-99-SADM de 22 de setiembre de 1999 (Fernandez Arce, Cesar), y la Ley N° 26530, artículo único. De la misma manera, encontramos instrumentos internacionales ratificados por el Perú y que, consecuentemente forman parte de nuestro ordenamiento⁶.

Es el caso de la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (entró en vigor para el Perú el 13 de octubre de 1982), que en clara alusión a los derechos reproductivos señala en el artículo 16.1.e) que: "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos". También encontraremos alusión a los derechos reproductivos en el artículo 12, inciso 1 y el artículo 14, inciso 2, literal b⁷

La Convención sobre los Derechos del Niño que entró en vigor para el Perú el 4 de octubre de 1990, es otro instrumento internacional sobre derechos humanos que contiene disposiciones que abarcan los derechos reproductivos; en concreto, el artículo 24 inciso 2 exige que los Estados Partes tomen las medidas adecuadas para "Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar" (literal f). Nuestra Norma Fundamental (1993) alude a algunos de los derechos que, de acuerdo a las definiciones adoptadas por la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo y la Declaración y Programa de Acción de Beijing (1995) le dan contenido a los derechos reproductivos. Así: Reconoce el derecho de las personas y las familias a decidir. Entendemos que es a decidir el número de hijos a tener, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos. El derecho es de las personas y de las familias y no del Estado, al que solo le compete dar la adecuada educación e información para que este derecho sea ejercido de manera libre y responsable. Consecuentemente, está proscrita la esterilización forzosa, pues además de violar la integridad y seguridad personal, afecta la salud física y mental y vulnera la autonomía de la voluntad de la persona involucrada. Igualmente, está proscrita la utilización del aborto como método de control de natalidad⁸.

⁴ Ibid., párrafo 96, pág. 38

⁵ GUTIÉRREZ, Walter. La Constitución Comentada. Gaceta Jurídica. Primera Edición, Diciembre de 2005. p.401.

⁶ Loc. Cit.

⁷ Loc. Cit.

⁸ Ibid. Gutiérrez, p. 403.

A diferencia de la Carta de 1979 que solo hacía referencia a la paternidad responsable, la Constitución actual, consecuente con el principio de igualdad y el mandato de no discriminación recogido en el artículo 2 numeral 2 se refiere al derecho a recibir información y a acceder a programas de educación para ejercer una maternidad y paternidad responsables⁹.

Con respecto al derecho a acceder a los distintos métodos de planificación familiar que no afecten la vida y la salud, corresponde al Estado asegurar la información completa y el acceso a los programas de educación sobre los medios anticonceptivos en el contexto de la política nacional de población. La previsión dicta que: "El Estado asegura los programas de educación y la información adecuada y el acceso a los medios que no afecten la vida o la salud". Esta ley debe ser vista desde dos perspectivas: i) el método de planificación utilizado no debe afectar la vida y la salud del varón y la mujer que tienen relaciones sexuales y, ii) no debe afectar la vida y salud del concebido.

Respecto a la vida y salud del concebido debemos recordar que el artículo segundo numeral 1 de nuestra Carta Magna señala que: "El concebido es sujeto de derecho en cuanto le favorece". Lo esencial de esta norma consiste en dar derecho de goce al concebido en todo aquel derecho del que puede servirse mientras se halla en el útero materno (BERNALES BALLESTEROS citado por Gutiérrez, W., 2005)¹⁰.

Sujeto de derecho es el ente al que el ordenamiento jurídico imputa derechos y deberes. Persona es una de las categorías de sujeto de derecho: el ser humano nacido (persona natural). La otra categoría de sujeto de derecho es el concebido: el ser humano en el vientre de la madre. Al concebido, como sujeto de derechos, le corresponden una serie de derechos: el derecho a la vida, a la protección de su salud, a la igualdad ante la ley, entre otros. Siendo el derecho a la vida el presupuesto fundamental del que depende el cumplimiento de los otros derechos reconocidos en nuestra Constitución, instrumentos internacionales ratificados por el Perú y normas legales vigentes, debemos protegerlo desde su inicio¹¹.

El derecho a la vida del concebido se encuentra protegido en nuestro ordenamiento por las siguientes normas: El artículo segundo numeral 1 de nuestra Carta Magna refiere: "Toda persona tiene derecho: A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto lo favorece". La Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por el Perú y, por lo tanto parte de nuestro ordenamiento nacional, señala en su artículo 4 que: "Toda persona tiene derecho a que se le 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". Así mismo nuestro Código Civil vigente señala: "La vida humana comienza con la concepción; el concebido es sujeto de derecho para todo cuanto le favorece¹². La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo" (artículo 1).

⁹ Loc. Cit.

¹⁰ Loc. Cit.

¹¹ Loc. Cit.

¹² Loc. Cit.

El Código de los Niños y Adolescentes (Ley N° 27337) prescribe: "Se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad y adolescente desde los doce hasta los dieciocho años de edad¹³. El Estado protege al concebido para todo lo que le favorece. Si existiera duda acerca de la edad de una persona, se le considerará niño o adolescente mientras no se pruebe lo contrario" (artículo 1, Título Preliminar). Señala, asimismo, que: "El niño y el adolescente tienen derecho a la vida desde el momento de la concepción. El presente código garantiza la vida del concebido protegiéndolo de experimentos o manipulaciones genéticas contrarias a su integridad y a su desarrollo físico y mental" (artículo 1). El Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población, señala que: "La Política Nacional de Población garantiza los derechos de la persona humana: A la vida. El concebido es sujeto de derecho desde la concepción" (artículo IV). La Ley General de Salud, Ley N° 26842 expresa en el artículo III que: "El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud"¹⁴.

El segundo párrafo de la norma bajo comentario recoge la institución de la patria potestad, señalando que es deber y derecho de los padres (entiéndase padre y madre) alimentar, educar y dar seguridad a sus hijos (entiéndase hijos e hijas), y es deber de los hijos respetar y asistir a sus padres. Los derechos y deberes paternos filiales están regulados por el Código de los Niños y Adolescentes y supletoriamente por el Código Civil¹⁵.

La patria potestad es un derecho subjetivo familiar que lleva implícitas relaciones jurídicas recíprocas entre padre y madre e hijos e hijas. Ambas partes tienen una serie de derechos y obligaciones, así como facultades y deberes. La patria potestad se regula por normas de orden público, es indisponible y pertenece únicamente a los padres y madres e hijos; no puede ser cedido ni renunciado. Por lo tanto, es intransmisible y es incompatible con la tutela. En lo relativo a los derechos y deberes de los padres señalados en la norma constitucional, estos son parte de aquellos que les reconoce el Código de los Niños y Adolescentes (artículo 74) a los padres y madres que ejercen la patria potestad¹⁶.

El artículo 24 del mencionado cuerpo legal señala otros deberes de los hijos, además de los previstos en la norma constitucional. De otro lado, la Convención sobre los Derechos del Niño establece que los padres tienen una responsabilidad primordial para con el niño (a), pero que esta responsabilidad está circunscrita por los derechos que la Convención otorga al niño(a) incluyendo su interés superior. El Estado debe proporcionar asistencia apropiada y cuando los padres no puedan asumir sus responsabilidades, deberá intervenir para proteger los derechos del niño y satisfacer sus necesidades (artículos 3.2, 5, 18 y 27). Para efectos de la Convención se considera niño a todo ser humano menor de 18 años (artículo 1)¹⁷.

Existen otras normas de nuestro ordenamiento interno como el Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, entre

¹³ Loc. Cit.

¹⁴ Loc. Cit.

¹⁵ *Ibid.* Gutiérrez, p. 405.

¹⁶ Loc. Cit.

¹⁷ Loc. Cit.

las funciones que tiene se encuentra cuidar la salud de la mujer embarazada y brindar todas las atenciones que necesitase.

De otro lado, nuestra legislación ha avanzado positivamente hacia el reconocimiento y valoración del parto vertical, como se puede recoger de la resolución Ministerial 598-2005-MINSA, que aprueba la Norma Técnica No. 033-MINSA/DGSP-V 01 "Norma Técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural". Esta norma "propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional que si bien son marcos conceptuales diferentes, no significa que están contrapuestos, pudiendo complementarse. Implica rescatar las costumbres y posicional el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el bebé y el entorno familiar".

a.1 LISTADO DE NORMAS

1. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (N.T. No 033-MINSA/DGSP-V.01) / Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual Y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud, 2005 38p.;
2. Recomendaciones de la OMS para el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM
3. Ley N° 26842, Ley general de Salud y sus modificatorias.
4. Ley N° 27056, Ley de Creación del seguro Social de Salud.
5. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la seguridad Social en Salud y sus modificatorias.
6. Resolución Ministerial N°713-2005/MINSA, que aprobó la Modificación de la Conformidad del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional.
7. Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA, que aprobó el reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal.
8. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, Que aprobó la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus anexos.
9. Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprobó el Documento Técnico "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales".
10. Resolución Ministerial N° 634-2010/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria W 036 MINS/DGE-V.01 "Directiva Sanitaria que establece la Notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna"

11. Resolución Ministerial N° 223-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Intervención para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los Establecimientos de Salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales"
12. Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, que aprobó la Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.
13. Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.
14. Resolución Ministerial N° 827-2013 MINSA, que aprobó la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.
15. Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA que aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
16. Decreto Legislativo N° 1155 Medidas destinadas a Mejorar la Calidad del Servicio y declara de interés público el mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento de los Establecimientos a Nivel Nacional.
17. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
18. Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprueba las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
19. Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA/DGSP, que aprueba la Norma Técnica de Planificación Familiar.
20. Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012 de la décima sesión ordinaria, de fecha 31 de mayo de 2012, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2012-2016.
21. Acuerdo de Consejo Directivo N° 14-11-ESSALUD-2016, de fecha 14 de Junio del 2016 que aprueba el Plan Maestro al 2021.
22. Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015 que aprueba la Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2015 "Normas para el Proceso de Referencia y Contrareferencias en ESSALUD".
23. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 059-GCPS-EsSalud-2012 aprobó la Directiva N° 04-GCPS-2012 EsSalud- Sistema de Vigilancia Perinatal en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud.
24. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 80-GCPS-EsSalud-2013, aprobó la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias "Clave Azul: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo"

25. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 81-GCPS-EsSalud-2013, aprobó la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias "Clave Roja: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo y post parto".
26. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 094-GCPS- 2014 que aprueba la Directiva N° 06-GCPS-ESSALUD-2014, "Norma de Notificación y Análisis de Mortalidad Materna en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD.
27. Resolución de Gerencia General N° 900- GG-ESSALUD-2016, que aprueba el "Plan de Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en ESSALUD 2016 – 2021".
28. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°1005-GCPS-2014 "Indicadores de Rendimiento Laboral del Profesional Obstetriz/Obstetra en EsSalud".

b. ANTECEDENTES

Cabe precisar que la importancia de este tema ha llevado a congresistas, en otros periodos legislativos, a presentar propuestas que regulen el derecho del parto humanizado y salvaguardar los derechos de la mujer y del recién nacido.

Tenemos que el congresista Jaime Delgado Zegarra, propuso en el año 2011 una iniciativa legislativa que proponía la ley de promoción y protección del derecho y la salud de la madre gestante, a través de una atención prenatal y postnatal integral adecuada y a ser reconocida como sujeto de trato especial.

En el año 2015, la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República, aprobó por unanimidad la Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y el Recién Nacido.

c. MARCO CONCEPTUAL

Para mayor comprensión de la presente iniciativa legislativa se presentan los siguientes conceptos:

VIOLENCIA OBSTETRICA: En su legislación, Venezuela la define como "La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres"¹⁸.

"Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

¹⁸ Extracto de www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/02/26/violencia-obstetrica

Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer¹⁹.

PARTO HUMANIZADO

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 familiar²⁰.

Un parto humanizado significa²¹:

1. Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir ni interrumpir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.
2. Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en el domicilio).
3. Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
4. Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante el trabajo de parto (en cuclillas, en el agua o como desee).
5. Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
6. Respetar las necesidades de elección de la mujer respecto a las personas que la acompañarán 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.

CONTACTO PIEL A PIEL

En el bebé, situarse sobre la madre en los primeros minutos mejora la efectividad de primera mamada y reduce el tiempo para lograr una succión efectiva. El recién nacido inicia una búsqueda del pecho y una succión espontánea²².

Los bebés puestos al pecho piel con piel presentan un menor tiempo para comenzar con una lactancia efectiva que otros situados junto a la madre²³.

El contacto regula y mantiene la temperatura infantil. Se ha demostrado que el contacto piel a piel es tan efectivo como el empleo de la incubadora para calentar a un bebé hipotérmico. Los recién nacidos colocados en contacto piel a piel con su madre se

¹⁹ Loc. Cit.

²⁰ Extracto del Portal de Noticias Proyecto Salud Argentina <http://www.proyectosalud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=5910>.

²¹ Loc. Cit.

²² BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/parto/beneficios-del-contacto-piel-con-piel>

²³ Loc. Cit.

encuentran con una temperatura corporal significativamente más cálida que los bebés colocados en una cuna, posiblemente debido a la respuesta térmica de la temperatura de la piel materna (mediada por la oxitocina), como respuesta al contacto piel a piel con su recién nacido²⁴.

Se produce una menor duración del llanto del bebé, en comparación con los recién nacidos que no tuvieron el contacto piel a piel con sus madres²⁵.

En los bebés nacidos pretérmino, el contacto mejora la estabilidad cardio respiratoria.

Mejora los comportamientos de afecto y vínculo de la madre, aunque según leemos en el documento y se desprende en las investigaciones al respecto, estos efectos se diluyen en el tiempo²⁶.

Disminuye el dolor de la madre debido a la ingurgitación mamaria que generalmente ocurre al tercer día después del parto²⁷.

Beneficios a largo plazo del contacto piel con piel²⁸

Existe una asociación positiva entre el estado de la lactancia al mes y a los cuatro meses postparto y una mayor duración de lactancia materna.

Podría mejorar los comportamientos de afecto y apego de la madre, aunque como hemos señalado en el punto anterior, estos efectos se diluyen en el tiempo y no parecen comprobables. Al menos, en el documento no se aportan estudios ni datos al respecto, a diferencia de los puntos restantes.

En definitiva, los beneficios del contacto piel con piel son para todos los recién nacidos, debido a sus efectos positivos en la lactancia, la regulación de la temperatura del recién nacido o el conocimiento y reconocimiento materno infantil. Todos ellos componentes esenciales para la supervivencia neonatal que deberían ser facilitados en los partos sin complicaciones.

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Término aplicado para que el recién nacido comparta con su madre y sus familiares, de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos²⁹.

Enfoque centrado en la familia para cuidados de maternidad, no solo provee un ambiente que promueve una relación madre-hijo natural, sino también apoya a la educación de los padres, y está basada en el reconocimiento y la comprensión de las necesidades de cuidados de la madre y el niño³⁰.

El alojamiento conjunto facilita la lactancia para la madre. Cuando ambos están juntos, la madre aprende a reconocer las primeras "demandas" que hace el bebé buscando alimento y bienestar, ofreciendo rápidamente lo que el niño necesita

²⁴ Loc. Cit.

²⁵ Loc. Cit.

²⁶ Loc. Cit.

²⁷ Loc. Cit.

²⁸ Loc. Cit.

²⁹ ALOJAMIENTO CONJUNTO. Disponible en: https://prezi.com/swz4-eq_rckw/alojamiento-conjunto/

³⁰ Loc. Cit.

Algunos estudios han encontrado que las madres cuyos bebés son atendidos en el conero, no duermen más que aquellas que solicitan alojamiento conjunto. La madre puede dormir más tranquila sabiendo que el bebé está con ella³¹.

Las madres que están con sus niños por largos periodos, incluyendo durante la noche tienen mejores resultados en las pruebas que se utilizan para medir el apego de una madre hacia su bebé³².

Los bebés que se alojan junto con sus madres, lloran menos y pasan mayor tiempo dormidos tranquilamente, suben mejor de peso día con día y tienen menor probabilidad de ictericia³³.

BENEFICIOS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO³⁴

Disminución de la morbilidad neonatal

Lactancia materna precoz

Prevención de infecciones recurrentes

Disminución de la pérdida de calor corporal

Fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad de la madre por los problemas prioritarios del niño

Promueve una mejor relación de la madre con el equipo de salud, lo que favorece la enseñanza directa y práctica de los cuidados de puericultura al implicar una participación activa de la madre.

2. PROBLEMÁTICA

La inseguridad ciudadana, el incremento de la delincuencia, la niñez abandonada, el trabajo infantil, el embarazo en adolescentes, la corrupción, el feminicidio, las violaciones, etc. Son los males que acompañan a nuestra sociedad, se han generado diversas soluciones, sin muchos resultados efectivos y nos preguntamos donde está la solución? Las nuevas generaciones merecen caminar otros senderos más esperanzadores en un Perú posible, que debe partir por reconocer su sombrío y actual panorama con respecto a la violación de derechos de las mujeres.

Diversas culturas o países inician el cuidado de su sociedad con la niñez, incluso, antes de su nacimiento, brindándole el cuidado que requiere. **Su prioridad es la niñez.**

Para esas sociedades es fundamental el cuidado del niño(a) por nacer el que se inicia al momento en que la madre sabe que está embarazada, y comienza con una serie de actividades tendientes al cuidado de la misma y de su futuro hija (a), Parte de este cuidado se centra en la preparación mental y física prenatal (llamada psicoprofilaxis) en donde la madre recibe los conocimientos e información necesarios para llevar a cabo la protección y cuidados de la diada madre-hijo-a. Se ha demostrado que la mujer que es preparada en psicoprofilaxis, no importando su nivel de cultural o de instrucción, Responde de forma más positivamente a su embarazo y parto pues llega a conocer los procesos fisiológicos que experimenta, sus derechos como gestante, los procedimientos a los que posiblemente se

³¹ Loc. Cit.

³² Loc. Cit.

³³ Loc. Cit.

³⁴ Loc. Cit.



someterá y otros conocimientos importantes que la empoderan y le dan confianza en sí misma, junto con su pareja.

Lamentablemente, el acceso a este tipo de preparación por parte de las mujeres en el Perú es limitado, debido a sus altos costos para una gran cantidad de población o por el desconocimiento y subvaloración de esta posibilidad en el medio. Debido a ello, aún muchas mujeres llegan al momento de su parto, sin la debida preparación, muchas incluso no pasan por los debidos controles prenatales ginecológicos que ayudan a la detección y corrección de diversos problemas gestacionales.

En esta medida, muchas mujeres se quedan sin la posibilidad de reconocer también sus derechos al momento del trabajo de parto, parto y puerperio, lo que facilita que puedan ser víctimas de violencia obstétrica sin saberlo.

Se entiende por violencia obstétrica: "toda conducta, acción u omisión realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales"³⁵. La violencia obstétrica que nace de la institucionalización de los procesos reproductivos

desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso durante el puerperio, lo que hace que este lugar pase a ser ocupado por la autoridad del saber profesional.

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Cualquier tipo de maltrato (físico o psicológico): órdenes, prohibiciones, amenazas veladas y exigencias. Prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades expresadas por las mujeres atendidas (trato infantilizador, aislamiento durante la espera al inicio del parto, privación de movimiento, comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con la salud de la mujer embarazada, etc.)
3. Omisión o negación de información sobre procedimientos médicos, la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que no se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
4. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Así como administración de enemas y sedantes, realización de episiotomías.
5. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargar y amamantar inmediatamente al nacer.
6. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
7. Practicar el parto por vía de cesárea y otras intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

³⁵BELLÓN SÁNCHEZ (2015)

La violencia institucional puede ir acompañada de la violencia de género, y generalmente esto sucede gracias a una "visión tradicional de las mujeres como personas destinadas a ser madres, y a sacrificarse por ello, y la idea de que el placer sexual de las mujeres tiene que pagar un precio -como por ejemplo: un parto doloroso, (lo que) mantiene prácticas y actitudes que impactan negativamente en la salud de las mujeres, fetos y bebés durante el proceso de embarazo y parto. (...) El sexismo de las sociedades patriarcales que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideraciones en favor de un parto rápido y aséptico, puede ser leído como una de las creencias culturales machistas que impregnan la práctica médica sin apenas ser advertidas o criticadas"³⁶.

Para que el parto humanizado sea una realidad se necesita erradicar la violencia obstétrica. Este enfoque no se trata de cuestionar los métodos obstétricos, sino el criterio con que se manejan. No se trata de ignorar la tecnología, sino de ubicarla en su lugar y medida, que deben ser solo los imprescindibles³⁷.

La principal afectación de la violencia obstétrica es la que afecta el vínculo primario madre-hijo-a y ésta se presenta en casi todas las formas manifiestas de violencia obstétrica numeradas con antelación, en especial porque cualquier violencia sufrida antes, durante o después del parto por la madre es inevitablemente sufrida por su hijo-a. El vínculo entre

ambos es fisiológico, químico, neurobiológico además de social, por ello cualquier angustia, miedo, frustración o tristeza que siente la madre se convierte en un estímulo negativo para el infante, dentro o fuera del vientre, y afectará su desarrollo.

Durante el Embarazo el feto flota en el útero y está protegido por el líquido amniótico en estado de relativa calma sin recibir mayores intrusiones ambientales y sin sentir angustias mayores. Es en el momento del parto donde se produce un cataclismo. El niño-a muy aparte de los cambios fisiológicos en la circulación y la respiración ampliamente documentados, va a sentir por primera vez lo que diversos autores como Mercedes Valcarce³⁸ denominan angustias primitivas, inconcebibles o de aniquilación. Estas angustias que se presentan al inicio y en los primeros meses de la vida se mantendrán a raya con el auxilio del sostén materno. Esto implica una adecuada técnica de crianza y manejo del cuerpo del bebé, que sin duda es favorecida con la lactancia natural.

Las angustias inconcebibles o de aniquilación son la materia prima de las angustias psicóticas; y en los términos clínicos corresponden a la esquizofrenia o a la emergencia de un elemento esquizoide oculto en una personalidad en otros sentidos no psicótica³⁹.

El bebé va desarrollándose en ese ambiente protector en una relación muy estrecha con su madre a quien al comienzo considera parte de él mismo. Lo que nos lleva a considerar que la relación madre niño es muy importante para el desarrollo del mismo y para el futuro de un país. Pues es la madre quién sienta las bases y los pilares de la futura salud mental de su bebé en la infancia temprana⁴⁰.

³⁶AGUIRRE CRESPO (2013)

³⁷GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (2015)

³⁸ VALCARCE, Mercedes. SEPARARSE DEL OTRO, LA ANGUSTIA MÁS PRIMITIVA. (el punto de vista de John Bowlby en comparación con el de otros autores).

³⁹ REVISTA PERUANA DE PEDIATRÍA. Disponible en: <http://www.pediatriaperu.org/files/RevistaSPP-2016-N02.pdf>

⁴⁰ CAMPOS CASTAÑEDA, Hugo. Médico Pediatra- Psicoterapeuta. Consultorio "Tú y el bebé"

Sin embargo, una de las principales violencias obstétricas se da cuando se separa injustificadamente a la madre de su recién nacido, a veces por varias horas, so pretexto de procedimientos médicos que podrían posponerse, a excepción de los absolutamente necesarios para garantizar la vida y salud del bebé y la madre. Entonces ¿Qué nos hace que en el momento más importante del primer encuentro madre niño los tengamos que separar tan abruptamente? ¿Por qué al bebé se le somete a un trato inhumano separándolo de la madre, en ocasiones volteándolo cabeza abajo y tomándolo de los pies causándole sufrimiento, o sometiéndolo a otros procedimientos innecesarios antes que al abrazo de su madre que le da seguridad, confianza y tranquilidad en ese nuevo medio al que llega, de por sí, hostil? Es por todas estas conductas erradas, largamente naturalizadas en la práctica médica pero insostenibles desde una perspectiva humanista, que podemos aseverar que la niñez que llega al mundo en estas condiciones se ve afectada negativamente, en especial en su aspecto emocional a lo largo de muchos años de su vida, pudiendo incluso afectar sus relaciones con los demás, la estructuración de su personalidad, su vulnerabilidad frente a conductas de riesgo, lo que sólo ahondará en su infelicidad.

A través de numerosos estudios se ha demostrado que el neurodesarrollo es un proceso complejo que empieza en la vida prenatal y continúa después del nacimiento y que es influenciado por factores endógenos (genéticos, metabólicos y neurohormonales) y exógenos o ambientales (nutrición, psicológicos, socioeconómicos y estado de salud).⁴¹

La información disponible nos permite explicar que todas las hormonas liberadas por la madre y el feto durante la primera y la segunda fase del parto aún no se eliminan en la hora siguiente al parto. Todas ellas juegan papel específico en la interacción madre – recién nacido. Hasta hace poco ni siquiera se sospechaban los efectos conductuales de estas hormonas fácilmente liberadas tanto por la madre como por el niño por nacer al entrar en contacto piel a piel y en la contemplación mutua que forja un valioso y trascendental vínculo psico-biológico. Desde el punto de vista del vínculo entre madre y recién nacido, inmediatamente después del parto, hay un período corto pero crucial, que no se va a repetir jamás.

La hora siguiente al nacimiento es, sin duda, una de las fases más críticas en la vida de los seres humanos. Nuestros entornos culturales están determinados en gran medida desde el principio de la interacción madre-recién nacido⁴².

El estado tiene la obligación de formular normas, reglamentos y leyes para la protección de la madre y su niño-a por nacer. Estableciendo el cumplimiento irrestricto de las mismas, a fin de cambiar la llegada al mundo de las nuevas generaciones y consecuentemente el futuro del país.

En este sentido, se vienen dando Normas Técnicas que contemplan el parto humanizado pero no reparan en la necesidad que tiene el recién nacido de estar con su madre. En párrafos anteriores, se explica lo importante que es que el niño-a esté con la madre en contacto piel a piel, inmediatamente después de su nacimiento aún antes de que se corte el cordón umbilical, momento en el que debiera ser identificado con los procedimientos preestablecidos sin embargo los procedimientos rutinarios como toma del peso, la estatura,

⁴¹ RAFFO NEYRA, Milagros. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd150/crecimiento-en-la-etapa-prenatal.htm>

⁴² ODENT, Michel "La Vida Fetal, el Nacimiento y el futuro de la Humanidad"

los diámetros cefálicos y torácicos y el baño pueden esperar por lo menos 24 horas, de igual forma la profilaxis ocular puede ser administrada al niño-a mientras se encuentra en el pecho de su madre. Lo importante es ese primer encuentro, de reconocimiento entre madre y niño-a, el que debe ser extensivo al padre, puesto que el proceso del embarazo, parto y puerperio debe fomentar la participación de los hombres, que tradicionalmente han estado excluidos y alejados de estos momentos, debido a una cultura machista y discriminatoria. El permitir al padre participar de la llegada de su hijo-a garantiza un fortalecimiento de los vínculos afectivos entre padre, madre y niño-a, disminuyendo la probabilidad de abandono, ejercicio de violencias o límites para la participación en la crianza responsable.

Las recomendaciones de la OMS para el nacimiento indican:

Por el bienestar de la nueva madre, durante el parto:

- Un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- La inducción y conducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.
- No está indicado rasurar el vello púbico o administrar un enema antes del parto.

- Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Durante el periodo expulsivo:

- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- Debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

Sobre Cesáreas:

- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica

Después del Nacimiento, por el bienestar de la nueva madre y su bebé:

- No separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y de la madre; además no aporta ningún beneficio.
- No separar significa:
- No cortar el cordón umbilical hasta que deje de latir. La placenta sigue enviando sangre, rica en oxígeno, al bebé, además de otros nutrientes, facilitándole el inicio de la respiración pulmonar.
- Que el bebé sea puesto inmediatamente en contacto piel con piel con su madre y permanezca así durante horas, sin interrupción.
El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento, regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa en sangre y el sistema inmunitario del bebé. La separación provoca que el recién nacido se sienta desamparado y sufra estrés. Las exploraciones pediátricas necesarias tras el nacimiento pueden hacerse sobre el pecho de la madre, mientras se inicia la lactancia. Siempre que el pagar del bebé lo permita.
- Facilitar el inicio temprano de la lactancia materna. Debe proporcionarse a la madre la intimidad necesaria para que el bebé tome el pecho en las primeras dos horas de vida por sí mismo. El cuerpo de la madre proporciona todo el calor que el bebé necesita, además de numerosos beneficios.
- Promover el alojamiento conjunto durante la estancia en el hospital. Esto facilita el apego materno y la lactancia, a la vez que disminuye la incidencia de depresión postparto.

De otro lado, la afectación de los derechos de las madres e hijos-as en la atención prenatal y postnatal integral Se ve reflejada en el incremento de cesáreas injustificadas en nuestro medio.

Existen muchas acepciones de lo que significa la cesárea, por lo general se le define como un procedimiento de operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina, de esta forma se estaría evitando el parto natural. Mucho de su significado está presente en la mitología griega, hindú, egipcia e incluso en la antigua cultura china, en diversas sociedades ha tomado significados distintos. (Zegarra, 2011, pág. 3)

20

CUADRO N° 1

PERÚ: ATENCIÓN DEL PARTO PARA LOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, POR PERSONA QUE REALIZÓ LA ATENCIÓN Y PORCENTAJE DE NACIMIENTOS POR CESÁREA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, 2016

Ámbito geográfico	Persona que realizó la atención del parto								Porcentaje de partos por profesional de salud calificado 1/	Porcentaje de nacimientos por cesárea	Número de nacimientos
	Total	Médico	Obstetrix	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud	Comadrona / Partera	Familiar/ Otro	Nadie			
Total 2016	100.0	65.3	25.9	1.3	0.4	3.7	3.0	0.4	92.4	31.6	12,201
Región natural											
Lima											
Metropolitana 2/	100.0	85.0	14.2	0.3	0.0	0.2	0.3	0.0	99.5	43.6	3,453
Resto Costa	100.0	72.6	24.1	0.6	0.0	2.2	0.5	0.0	97.3	39.6	3,189
Sierra	100.0	55.8	32.2	2.1	0.8	4.3	4.1	0.6	90.1	20.1	3,341
Selva	100.0	38.3	37.3	2.4	1.2	10.4	9.3	1.2	77.9	18.7	2,217

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100,0% debido a redondeo. Se incluyen todos los nacimientos en el período de 0 - 59 meses antes de la entrevista. Si la mujer mencionó más de una persona, solamente se considera la más capacitada.

1/ Profesional de salud calificado incluye médico, obstetrix y enfermera.

2/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

3/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

4/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyón y Yauyos.

5/ Comprende la provincia de Lima y la Región Lima.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016.

Hoy gracias a los avances médicos, se pueden intervenir a tiempo embarazos riesgosos y disminuir la tasa de mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, y por diversas razones, especialmente de carácter económico también se ha llegado a un abuso desmedido de la cesárea en países de América Latina, por lo que la Organización Mundial de Salud, considera que las tasas de operaciones por cesáreas permitidas no deberían superar el 10-15 %, siendo que a través de una serie de estudios se ha determinado los beneficios del parto natural tanto para la madre como para los hijos, así como se han estudiado las amplias desventajas de una cesárea, cuando esta no es necesaria, en la salud de la madre, el hijo-a y el vínculo respectivo.

Las cesáreas en nuestro país según el ENDES 2016 (véase cuadro N°1), representan el 31.6%, pero este porcentaje se incrementa aún más en Lima Metropolitana llegando a un 44%. Es decir que de 100 mujeres, alrededor de 32 son sometidas a cesáreas.

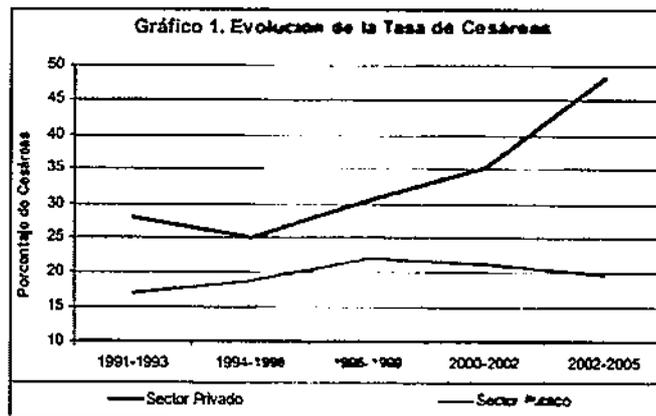
Es así que el Perú se encuentra por sobre el porcentaje estimado por la OMS. Recordemos además de que esta cifra suele incrementarse en el sector privado, el estudio realizado por el Alejandro Arrieta Herrera y Andrés Oneto sobre los partos por cesáreas en

establecimientos privados, asegura que los derechos de las usuarias no son afectados en la calidad del servicio de prestación al parto, sino por el uso excesivo de las operaciones por cesárea.

Cesáreas en el sector privado

Como observamos en el gráfico N°1, la evolución de la tasa de cesáreas en el sector privado es muy alta, llegando así al 50%. De 100 mujeres la mitad de ellas son sometidas a cesáreas.

Gráfico N° 1: Evolución de la Tasa de Cesáreas



Fuente: ¿QUIÉNES GANAN Y QUIÉNES PIERDEN CON LOS PARTOS POR CESÁREAS?, Alejandro Armeta y Andrés Oneto, 2007, CIES.

Cómo señalan los estudios antes mencionados, las cesáreas tiene un costo mayor que los partos naturales:

Los médicos pueden utilizar su ventaja informacional en perjuicio de los consumidores, lo que genera sobre medicación, exceso de procedimientos en los diagnósticos, aumento en la frecuencia de visitas médicas e, incluso, procedimientos médicos innecesarios. Cuando los seguros privados aparecen en la relación médico-paciente, al problema de agencia se añade un riesgo mortal. El precio por procedimiento deja de ser una variable de decisión para el paciente asegurado, de manera que es más fácil que el doctor tome acciones para influir en las preferencias de las pacientes bajo la amenaza de un mayor riesgo médico." (Oneto, 2007)

Cesáreas en el sector público

Así mismo, revisando los últimos reportes de ESSALUD a diciembre del 2016, encontramos cifras alarmantes de atención por cesáreas en un 43% con respecto a los nacimientos por cesárea del año 2016. Esta cifra está muy por encima del promedio nacional de cesáreas del ENDES 2015 (31%) y por sobre el margen que establece la OMS (menor a 15%). Además, se reporta que las redes de atención de salud tienen más del 50% de cesáreas: Hospital Sabogal (65%), Rebagliati (62%), Tumbes (57%), Tarapoto (53%), Apurímac (51%), Arequipa (50%).

**CUADRO N° 2: PRESTACIONES Y RECURSOS DE LOS SERVICIOS DE CENTRO
OBSTÉTRICO SEGÚN RED ASISTENCIAL DE ESSALUD. DATOS DEFINITIVOS A
DICIEMBRE DEL 2016**

Redes Asistenciales	Cesáreas	Nacimientos	%
AMAZONAS	312	605	51.6
ANCASH	692	1,692	40.9
APURIMAC	424	835	50.8
AREQUIPA	3,219	6,500	49.5
AYACUCHO	470	1,075	43.7
CAJAMARCA	424	1,316	32.2
CUSCO	1,400	3,419	40.9
HUANCAVELICA	136	593	22.9
HUANUCO	678	1,866	36.3
ICA	1,818	4,696	38.7
INCOR	0	0	0.0
JULIACA	449	1,111	40.4
JUNIN	1,056	3,404	31.0
LA LIBERTAD	2,964	5,772	51.4
LAMBAYEQUE	2,279	5,135	44.4
LORETO	920	1,945	47.3
MADRE DE DIOS	181	415	43.6
MOQUEGUA	355	780	45.5
MOYOBAMBA	195	515	37.9
PASCO	277	969	28.6
PIURA	2,098	5,011	41.9
PUNO	411	954	43.1
TACNA	515	1,202	42.8
TARAPOTO	679	1,293	52.5
TUMBES	402	710	56.6
UCAYALI	502	1,387	36.2
HUARAZ	307	863	35.6
GER.RED DESC.AL MEN.	3,813	10,733	35.5
GER.RED DESC.REBAG.	2,940	8,464	34.7
GER.RED DESC.SABOG.	4,499	13,290	33.9
ORG.PREST.NAC. ALMENARA	2,108	3,384	62.3
ORG.PREST.NAC. REBAGLIATI	4,096	6,615	61.9
ORG.PREST.NAC. SABOGAL	1,575	2,434	64.7
Total general	42,194	98,983	43

Fuente: ESSALUD en cifras 2016
Elaboración propia

Así mismo, en el Anuario Estadístico del 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, se muestra el incremento de las cesáreas en las Instituciones Prestadoras de Salud, en las que incluyen data del sector privado:

Para el 2015, se ha subvencionado un total de 293 356 partos. Se realizó un total de 220 696 partos vaginales y 72 660 partos por cesárea, lo que dio una tasa de 24,8% partos por cesárea, con relación al total de partos, muy superior a lo estimado por la Organización Mundial de la Salud (menor al 15%). Tumbes (48,2%), Tacna (41%), Moquegua (36,8%), Ica (34,4%), Lima (33,5%) y Arequipa (31,4%) presenta un mayor porcentaje de partos por cesárea, mientras que Huánuco (14,3%), Huancavelica (14,4%) y Cajamarca (14,8%) son las regiones con menor porcentaje de partos por cesárea y que se ajustarian a lo estipulado por la OMS. (Susalud, 2015)

Si bien esta data es del 2015, la construcción del dato tiene otra lógica, se hace a partir de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) con relación a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud (IAFAS). En esta caso, al fondo subvencionado como el SIS. Mientras que el dato obtenido en ENDES nos permite identificar el parto por cesárea en porcentaje independientemente de quién o qué entidad atiende el parto.

Cuadro N°2: Tasa de Cesáreas en las entidades prestadoras de salud del SIS

TABLA 4.9. PARTOS: VAGINAL Y CESÁREA EN LAS IPRESS VINCULADAS A LAS IAFAS DEL SIS, 2013-2015

Regiones	Parto vaginal			Cesárea		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Total	219 504	202 557	220 696	65 850	60 148	72 660
Amazonas	3 769	3 691	4 537	742	551	569
Ancash	4 221	4 275	4 846	1 050	1 175	1 416
Arequipa	6 401	6 389	7 625	2 226	2 675	3 487
Ayacucho	7 966	6 958	8 062	1 711	1 684	1 853
Cajamarca	15 109	14 073	14 922	2 207	2 140	2 692
Cajamarca	6 082	5 845	6 526	2 485	2 018	2 284
Cusco	12 262	12 557	12 364	2 370	1 950	2 876
Huancavelica	4 678	4 529	4 362	591	567	731
Huancavelica	3 582	3 177	3 357	1 217	1 167	1 359
Ica	4 578	3 725	4 004	2 685	1 598	2 097
Ica	9 946	9 499	10 298	2 672	2 544	3 072
Lambayeque	12 450	10 846	11 532	3 722	3 523	3 981
Lima	1 070	7 022	7 315	2 522	2 296	1 713
Lima	40 270	43 737	51 046	21 983	20 682	25 740
Morona	11 561	6 772	10 738	2 226	1 701	2 311
Medio de Dios	1 715	1 327	1 478	350	183	386
Moquegua	657	580	681	392	426	397
Morona	1 921	1 986	2 145	451	314	433
Piura	11 496	11 710	10 783	3 323	3 385	3 677
Piura	20 730	9 524	10 030	1 806	1 530	1 779
San Martín	10 545	8 989	9 421	2 409	2 461	2 706
Tarma	1 569	904	1 504	799	357	1 044
Tumbes	1 611	1 456	1 155	1 258	1 029	1 073
Tumbes	6 536	6 061	7 129	1 697	1 591	1 933
Ucayali	8 826	8 576	9 826	2 956	2 371	2 749
Sin data		18	45			

Fuente: Bases de datos de prestaciones de la IAFAS SIS
Elaboración: SUSALUD

Observamos cómo ha existido una evolución ascendente del porcentaje de las cesáreas, del 2013-2015.

24

La evolución de cesáreas por años y regiones señala que las regiones de Tumbes, Tacna, Ica, Lima, Moquegua y Arequipa concentran las mayores proporciones de cesáreas en el tiempo, este comportamiento mantiene una tendencia al alza en forma general. (Susalud, 2015)

II. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La aprobación de la presente iniciativa legislativa no se contrapone a la Constitución Política del Perú, ni con ninguna otra norma, lo que pretende es promover y proteger el derecho de toda mujer gestante y el niño y niña por nacer al parto humanizado y a la protección de su salud, a través de una atención pre y post natal competente e integral, y a que la mujer gestante sea reconocida como sujeto de atención respetuosa, con trato horizontal y valorando su opinión y necesidades como protagonista de su propio parto.

Asimismo, cabe mencionar que la presente propuesta normativa tiene relación con la Política de Estado sobre equidad y justicia social No. 13 que establece "Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social" del Acuerdo Nacional.

III. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La iniciativa legislativa no generará ningún gasto para su implementación al Estado, muy por el contrario constituye y forma parte con los intereses del país.

Por modificación en la legislación vigente:

IMPACTO POSITIVO	IMPACTO NEGATIVO
Se busca fortalecer el marco normativo que regula el parto, puesto que se dan Normas Técnicas que contemplan el parto humanizado pero no reparan en la necesidad que tiene el recién nacido de estar con su madre. En la propuesta se explica lo importante que es que el niño-a esté con la madre en contacto piel a piel, inmediatamente después de su nacimiento aún antes de que se corte el cordón umbilical, momento en el que debiera ser identificado con los procedimientos preestablecidos sin embargo los procedimientos rutinarios como toma del peso, la estatura, los diámetros cefálicos y torácicos y el baño pueden esperar por lo menos 24 horas, de igual forma la profilaxis ocular puede ser administrada al niño-a mientras se encuentra en el pecho de su madre	Ninguno

Por actor involucrado

BENEFICIOS	COSTOS
Como se indicó la norma promueve que el niño-a esté con la madre en contacto piel a piel, inmediatamente después de su nacimiento aún antes de que se corte	Ninguno



<p>el cordón umbilical, momento en el que debiera ser identificado con los procedimientos preestablecidos. Lo importante es ese primer encuentro, de reconocimiento entre madre y niño-a, el que debe ser extensivo al padre. El permitir al padre participar de la llegada de su hijo-a garantiza un fortalecimiento de los vínculos afectivos entre padre, madre y niño-a, disminuyendo la probabilidad de abandono, ejercicio de violencias o límites para la participación en la crianza responsable.</p>	
---	--

En general

LA SOCIEDAD EN GENERAL	
<p>BENEFICIOS Tiene como objeto la promoción y protección del derecho de toda mujer gestante y el niño y niña por nacer al parto humanizado y a la protección de su salud, a través de una atención pre y post natal competente e integral, y a que la mujer gestante sea reconocida como sujeto de atención respetuosa, con trato horizontal y valorando su opinión y necesidades como protagonista de su propio parto.</p>	<p>COSTOS Ninguno</p>

26

