

NOTA DE INFORMACIÓN REFERENCIAL 92/2023-2024-ASISP/DIP

DERECHO DE LAS MUJERES AL PARTO HUMANIZADO

Lima, 10 de julio de 2024

ÍNDICE

Presentación	3
I. Conceptos generales	4
II. Cuadro comparativo	5
Anexos (legislación nacional y comparada)	9

PRESENTACIÓN

El Departamento de Investigación parlamentaria, a través del Área de Servicios de Investigación y Seguimiento Presupuestal, ha elaborado la Nota de información Referencial N° 92/2023-2024-ASISP/DIP con el objetivo de brindar la información sobre el *derecho de las mujeres al parto humanizado*, según lo establecido en el ordenamiento jurídico vigente. Para lo cual se ha consultado la información disponible en fuentes oficiales; cuyas referencias se consignan en el documento.

Esperamos poder brindar información que contribuya a la labor parlamentaria.

I. CONCEPTOS GENERALES

Si bien existen controversias en la definición de “parto humanizado”, su uso se ha ido imponiendo como resultado de un proceso mundial de respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

De acuerdo con Chalmers² se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que:

“pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia”.

Es decir, que es un enfoque que pone en el centro a la mujer y su experiencia durante el proceso de parto. Este método promueve un entorno calmado y seguro tanto para el bebé como para la madre, evitando intervenciones médicas innecesarias y fomentando la participación activa de la mujer. El objetivo es proporcionar la información y las herramientas necesarias para que la mujer pueda tomar decisiones de manera informadas.

En el siguiente cuadro comparativo se presenta las disposiciones que sobre la materia se han establecido en el ordenamiento jurídico de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú.

¹ <https://www.redalyc.org/pdf/912/91221311.pdf>

² Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207. Publicados en el Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS, No 14 Feb. 2002; 15 (www.clap.ops-oms.org)

II. CUADRO COMPARATIVO

País	Legislación	Derechos específicos	Enfoque intercultural	Participación de acompañantes	Procedimientos médicos permitidos/restringidos	Formación del personal de salud	Mecanismos de supervisión y sanciones
Argentina	Ley 25.929, Decreto 2035/2015	Información sobre intervenciones, respeto a la intimidad, protagonismo en el parto, acompañamiento, lactancia, internación conjunta del recién nacido	Consideración de pautas culturales	Derecho a estar acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto, parto y postparto	Evitar prácticas invasivas y suministro de medicación injustificada, derecho a recibir información clara sobre la evolución del parto y estado del recién nacido	Obligación de instituciones y profesionales de salud de proporcionar información suficiente y comprensible	Sanciones por incumplimiento para obras sociales, entidades de medicina prepaga y profesionales de la salud
Bolivia	Ley N° 348, Decreto Ley 15629, Resolución Ministerial N° 0790	Derecho a la salud pre y postnatal, atención integral en salud, promoción y respeto a prácticas culturales, derecho a información y orientación	Inclusión de costumbres y prácticas tradicionales en la atención de salud	Permitir la presencia de un familiar o allegado de la embarazada durante el trabajo de parto y parto	Promoción de la deambulación y cambio de posición durante el trabajo de parto, restricción de episiotomías, manejo activo del alumbramiento	Capacitación del personal en promoción, prevención y tratamiento integral a mujeres que sufren violencia	Obligación de los servicios de salud de atender y reportar casos de violencia, sanciones por negligencia, maltrato y discriminación

NIR – DERECHO DE LAS MUJERES AL PARTO HUMANIZADO

Chile	Ley 20584	Consentimiento informado para procedimientos, derecho a ser informado y participar en decisiones sobre su salud, respeto a la dignidad y privacidad	No se menciona específicamente	Derecho a ser oído en decisiones sobre tratamientos, consentimiento informado de menores de edad	Consentimiento informado necesario para procedimientos invasivos y de riesgo, derecho a negarse a tratamientos excepto en casos de riesgo vital	No se menciona específicamente	Supervisión y registro en ficha clínica del consentimiento informado y decisiones del paciente
Colombia	Ley 2244 de 2022	Atención integral y oportuna, respeto a la intimidad y confidencialidad, derecho a información clara y suficiente, parto respetado y humanizado, apoyo emocional	Enfoque diferencial según costumbres y creencias	Derecho a estar acompañada por una persona de su confianza durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto	Promoción de la movilidad y adopción de posiciones verticales, uso de métodos no farmacológicos para manejo del dolor, entrega de la placenta si así se desea	Formación y actualización del personal en cuidado de la mujer, feto y recién nacido durante las etapas de gestación, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal	Plan estratégico de divulgación y actualización de guías de práctica clínica por el Ministerio de Salud, sanciones por discriminación y estereotipos de género en decisiones judiciales y administrativas

NIR – DERECHO DE LAS MUJERES AL PARTO HUMANIZADO

Ecuador	Constitución, Acuerdos Ministeriales 00005203 y 00000474	Atención adecuada y respetuosa durante el embarazo, parto y postparto, respeto a la dignidad de la mujer, derecho a información y orientación	Adecuación cultural en la atención del parto	No se menciona específicamente	Guías clínicas detalladas sobre procedimientos de atención del parto y postparto, promoción del parto en posición vertical en ciertos casos	Capacitación en atención integral y respetuosa de la mujer embarazada	Supervisión por parte del Ministerio de Salud, implementación de normas técnicas en todos los niveles de atención
México	NOM-007-SSA2-2016	Atención médica preventiva y educativa, derecho a información clara sobre procedimientos, respeto a la dignidad de la mujer	No se menciona específicamente	No se menciona específicamente	Detalles sobre manejo del dolor durante el parto, procedimientos estandarizados para atención prenatal y del parto, restricciones en procedimientos invasivos innecesarios	Capacitación en procedimientos estandarizados y manejo del dolor	Supervisión y cumplimiento de la NOM por parte de las instituciones de salud, sanciones administrativas y penales por incumplimiento
Perú	Constitución, Ley 26842, Resoluciones Ministeriales 828-2013, 142-2007, 518-2016, 444-2023	Derecho a la protección de la salud, acceso a prestaciones de salud, atención integral durante el periodo neonatal y del parto, respeto a la dignidad de la persona	Pertinencia intercultural en la atención del parto vertical, promoción de prácticas tradicionales en salud	Promoción de la participación de la familia y acompañamiento durante el parto	Normas técnicas para la atención neonatal y del parto, promoción del parto vertical, manejo del dolor utilizando técnicas neuroaxiales	Capacitación en atención integral y en prácticas tradicionales y culturales, formación en técnicas de manejo del dolor	Supervisión por el Ministerio de Salud, monitoreo y vigilancia de indicadores de calidad en la atención neonatal y del parto, sanciones administrativas por incumplimiento

Fuente: Normas señaladas
Elaboración ASISP

ANEXOS

LEGISLACION NACIONAL

Norma	Artículo
<p>Constitución política del Perú³</p>	<p>Artículo 6.- 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. Es deber y derecho de los padres alimentar, educar y dar seguridad a sus hijos. Los hijos tienen el deber de respetar y asistir a sus padres. Todos los hijos tienen iguales derechos y deberes. Está prohibida toda mención sobre el estado civil de los padres y sobre la naturaleza de la filiación en los registros civiles y en cualquier otro documento de identidad.</p> <p>Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</p>
<p>Ley 26842, Ley General de Salud⁴</p>	<p>Artículo 1.- Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.</p>

³ <https://spji.minjus.gob.pe/spji-ext-web/#/detallenorma/H682678>

⁴ <https://spji.minjus.gob.pe/spji-ext-web/#/detallenorma/H775516>

	<p>Artículo 2.- Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.</p>
<p>Resolución Ministerial 828-2013-MINSA, Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal: NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01⁵</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.</p> <p>NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL⁶</p> <p>I. Finalidad Contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal (0-28 días de vida) en los establecimientos de salud públicos y privados del Sector Salud a nivel nacional.</p> <p>II. Objetivos</p> <p>2.1 Objetivo General Establecer un conjunto de disposiciones para la atención de salud durante el periodo neonatal con calidad y racionalidad científica; aplicando procedimientos e intervenciones en el cuidado neonatal, según nivel de complejidad y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; promoviendo la participación de la familia y la comunidad.</p> <p>2.2 Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer los procedimientos técnico-administrativos necesarios, que permitan brindar una atención integral de calidad en la etapa neonatal, basados en evidencia científica. - Fortalecer los procesos de gestión para asegurar la disponibilidad de recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado durante la atención integral del neonato.

⁵ <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1092727>

⁶ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279677-norma-tecnica-de-salud->

	<p>- Fortalecer la organización y funciones de los establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención y las redes de atención neonatal que permitan brindar una atención con calidad y oportunidad en el marco de los derechos humanos.</p> <p>5.2 Consideraciones generales de la atención neonatal</p> <p>El personal de salud de los establecimientos en todos los niveles de atención, en relación a la atención neonatal, debe tener en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El principio de anticipación en la atención neonatal debe ser aplicado por los profesionales responsables de la misma, en todos los establecimientos de salud debido a que un neonato con complicaciones se puede presentar en cualquier momento, por lo que se requiere contar con los recursos necesarios para asegurar la atención de emergencia, la estabilización del neonato y posteriormente decidir la referencia al nivel correspondiente. - Las áreas de atención neonatal son áreas de alto riesgo para infecciones nosocomiales por lo que es necesario tener en consideración el cumplimiento estricto de las medidas y políticas de prevención de infecciones intrahospitalarias, las que incluyen: lavado de manos antes y después de cada procedimiento o examen del neonato, medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres endovenosos y en la administración de medicación a través de ellos, medidas de asepsia en los procedimientos invasivos (punciones, etc.), utilización de material estéril de un solo uso (perillas de goma, sondas de aspiración, etc.), limpieza primero y después desinfección del material quirúrgico y médico empleados en los procedimientos diversos en la atención neonatal (laringoscopios, mascarillas, equipos de cateterismo umbilical, etc.), limpieza de incubadoras y cunas con una frecuencia establecida, uso correcto de antibióticos, etc. - Identificar, diagnosticar, tratar y/o referir oportunamente de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento, al neonato con complicaciones. - Asegurar el seguimiento de los neonatos en las primeras semanas de vida para la detección oportuna de los signos de riesgo, el manejo y/o derivación, según sea el caso. La red de establecimientos de salud debe tener en cuenta lo siguiente. - Garantizar que los establecimientos de salud cuenten con la disponibilidad de material médico, medicamentos e insumos para la atención neonatal oportuna y adecuada. - Promover la participación de la familia en la atención neonatal y la participación del padre o acompañante durante el apego o contacto piel a piel. - Implementar, aplicar y supervisar los estándares e indicadores de calidad para la atención neonatal según nivel de atención, realizando el monitoreo y vigilancia de indicadores de proceso y resultado en los establecimientos de salud. - Garantizar que los establecimientos de salud, según el nivel de complejidad, brinden la atención inmediata del recién nacido por profesional médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano y/o enfermera, en el 100% de nacimientos. - Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, deben realizar el seguimiento activo del 100% de neonatos de la comunidad. - Las muertes neonatales y las principales morbilidades en el periodo neonatal deben ser reportadas al Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal. <p>VI. Disposiciones específicas</p> <p>6.1 Componente de prestación</p> <p>6.1.1 Atención inmediata neonatal</p>
--	--

	<p>(...)</p> <p>Procedimientos generales antes del nacimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar factores de riesgo perinatal. Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna a la llegada de esta al Centro Obstétrico/Sala de Operaciones, identificando los factores de riesgo (Anexo 1). De ser necesario ampliar la anamnesis con la madre o familiar directo. - Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido. Verificar la disponibilidad de medicamentos, insumos y material médico; así como el adecuado funcionamiento de los equipos para realizar la atención inmediata neonatal. - Prevenir la pérdida de calor. Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°C. La temperatura de la sala debe mantenerse estable durante las 24 horas del día y en las diferentes estaciones del año. Mantener ventanas y puertas cerradas. Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido.
<p>Resolución Ministerial 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”.⁷</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.</p> <p>ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE CUMPLEN CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES⁸</p> <p>I. Finalidad Contribuir a mejorar la calidad de atención a través del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los servicios de salud que sirvan de base para un sistema de monitoreo permanente.</p> <p>II. Objetivos</p> <p>2.1 Objetivo General Identificar los estándares e indicadores de calidad de los servicios de atención materna y perinatal que evalúen los resultados de la implantación de acciones oportunas dirigidas a la mejora continua de la calidad y que contribuya a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.</p> <p>2.2. Objetivos específicos</p>

⁷ <https://spji.minjus.gob.pe/spji-ext-web/#/detallenorma/H937761>

⁸ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352851-estandares-e-indicadores-de-calidad-en-la-atencion-materna-y-perinatal-en-los-establecimientos-que-cumplen-con-funciones-obstetricas-y-neonatales>

	<p>2.2.1. Contar con estándares e indicadores de calidad de atención específicos para los establecimientos de salud que cumplen con funciones obstétricas y neonatales primarias, básicas, esenciales e intensivas. Según corresponda a su nivel de atención.</p> <p>2.2.2. Disponer de información permanente y objetiva para la elaboración de los planes de mejora continua de la calidad de la atención materna y perinatal.</p>
<p>Resolución Ministerial 518-2016-MINSA, Aprueban Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural⁹</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 121-MINSA/DGIESP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.</p> <p>NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL¹⁰</p> <p>I. Finalidad Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural).</p> <p>II. Objetivos:</p> <p>2.1. Objetivo General Establecer los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural.</p> <p>2.2. Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los procedimientos técnicos necesarios que permitan la atención de calidad del parto en posición vertical basados en la evidencia científica. • Determinar los procesos de gestión requeridos para asegurar la disponibilidad e idoneidad de los recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado de la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. • Establecer los requisitos de organización de los establecimientos de salud para la atención del parto en posición vertical de acuerdo a las costumbres de cada zona, contribuyendo al incremento del parto institucional a nivel nacional. • Fomentar en todos los establecimientos de salud a nivel nacional el protagonismo de la parturienta en todas las etapas del trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar.

⁹ <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1158944>

¹⁰ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280842-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-del-parto-vertical-en-el-marco-de-los-derechos-humanos-con-pertinencia-intercultural>

<p>5.1 Disposiciones Generales. (...)</p> <p>5.2 El IGSS, DISA LM/DIRESAs/GERESAs o las que hagan sus veces remitirán mensualmente los informes sobre los partos verticales atendidos.</p> <p>5.3 La red de salud, debe tener en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Las redes de salud, deben garantizar que todos los establecimientos de su jurisdicción, según nivel de complejidad, brinden atención de parto vertical por profesional de la salud calificado: médico ginecoobstetra o médico cirujano u obstetra. Su implementación será progresiva y bajo responsabilidad del IGSS, DISA LM/ DIRESAs/ GERESAs según corresponda.• Asegurar que los establecimientos de salud usen obligatoriamente el plan de parto, incluyendo la orientación/consejería en las ventajas del parto en posición vertical y brinde la atención a la gestante y refiriendo oportunamente a las gestantes con factores de riesgo o complicada a un establecimiento de mayor complejidad. <p>5.4 Todo establecimiento de salud debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Contar en cada establecimiento de salud según su nivel de atención con profesional de la salud: médico ginecoobstetra, médico cirujano u obstetra, para la atención del parto en posición vertical, garantizando la identificación, diagnóstico, estabilización, manejo y/o referencia oportuna en el caso de presentarse alguna complicación.• Disponer el cumplimiento del registro de todas las atenciones de parto vertical que se realicen en el establecimiento de salud; con el Código HIS correspondiente 0800018.• Asegurar la entrega gratuita y oportuna del certificado del/de la recién nacido/a vivo/a, siendo pasible de sanción administrativa quien contravenga lo dispuesto.• Asegurar la elaboración del plan de parto, que incluya la orientación/ consejería en las ventajas del parto vertical, a fin de promover el parto institucional.• Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención del parto vertical y de las complicaciones que se puedan presentar. Su implementación será progresiva y bajo responsabilidad del IGSS, DISA LM/ DIRESAs/ GERESAs según corresponda. <p>VI. Disposiciones Específicas 6.1 Componente De Prestación La atención del parto en posición vertical, es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.</p>
--

	<p>Comprende las atenciones siguientes: dilatación o primer periodo del trabajo de parto, expulsivo o segundo periodo del trabajo de parto, alumbramiento o tercer periodo del trabajo de parto y el puerperio inmediato. El responsable de la atención del parto en posición vertical es el médico ginecoobstetra o médico cirujano u obstetra, profesionales competentes, para la atención materna durante el embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.</p> <p>6.1.1 Atención del parto institucional recepción de la gestante</p> <p>(Servicio de Emergencia Obstétrica) El primer contacto entre el personal de la salud y la gestante es de suma importancia, que determinará la confianza y colaboración de la gestante y sus acompañantes en las diferentes etapas del parto y durante su permanencia en el establecimiento de salud. El profesional de la salud que recepciona a la gestante para la atención en emergencia debe realizar los siguientes procedimientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Brindar a la gestante una cálida bienvenida, identificándose y llamándola por su nombre, el mismo trato se le brindará a los familiares o personas que la acompañan, con empatía y calidez resaltando la participación de la pareja y la familia. 2) Explicar a la gestante y a su acompañante los procedimientos a seguir de forma clara evitando términos técnicos. Considere, respete y concerte las prácticas habituales de su cultura que no sean nocivas para su salud relacionadas a la atención del parto (creencias, idioma y costumbres), escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de entender. 3) Si la gestante no cuenta con atenciones prenatales previas, explicarle el proceso del parto para disminuir el temor a lo desconocido, en lo posible, muestre los ambientes físicos del establecimiento donde será atendida, asimismo presentar al equipo que le brindará la atención, todo ello, en dependencia del flujo de las emergencias obstétricas. 4) Revisar su Documento Nacional de Identidad, Ficha del Seguro Integral de Salud, Carné Perinatal, Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), hoja de referencia y el Plan de Parto a fin de detectar cualquier exclusión o necesidad no incluida; si la gestante no cuenta con dichos instrumentos, elaborar de manera completa o actualice si lo tuviera, explicándole brevemente las diferentes posiciones para el parto promoviendo la posición vertical. 5) Preguntar a la gestante sobre la presencia de signos de alarma, precisar las circunstancias en la que el parto se ha iniciado: si hubo pérdidas de tapón mucoso, características de las contracciones uterinas, ingesta de alguna infusión y prácticas propias de la localidad. 6) Indique y verifique la evacuación de la vejiga con regularidad durante todo el trabajo de parto. 7) Cumplir con los estándares de la seguridad del paciente. 8) Controlar los signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial de ingreso. 9) Realizar de forma obligatoria la evaluación del estado clínico general de la gestante, así como la evaluación obstétrica que incluya: Maniobras de Leopold (situación, posición, presentación, altura de presentación), altura uterina, ponderado fetal, edad gestacional, movimiento fetal, frecuencia cardíaca fetal y dinámica uterina. 10) Evaluar el estado del feto: <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto: • Tome la frecuencia cardíaca fetal por un minuto completo. Una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el segundo período.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay irregularidades en la frecuencia cardiaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal. Determinar la causa, actuar de inmediato. • Si hay rotura de membranas, observar las características del líquido amniótico: <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de meconio indica la necesidad de monitoreo continuo y posible intervención por sufrimiento fetal. • La ausencia de salida de líquido amniótico, después de la rotura de las membranas, es una indicación de la disminución del volumen que podría estar asociada a sufrimiento fetal. Determinar la causa, actuar de inmediato. <p>11) Realizar el examen pélvico, previo lavado de manos y uso de guantes estériles, mantener la privacidad y explicar el procedimiento respetando los patrones culturales de cada gestante, procedimiento realizado por el responsable de la atención del parto.</p>
<p>Resolución Ministerial 444-2023/MINSA, Aprueban la Guía Técnica para el Tratamiento del Dolor en el Trabajo de Parto y Parto utilizando la Técnica Neuroaxial ¹¹</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar la Guía Técnica para el Tratamiento del Dolor en el Trabajo de Parto y Parto utilizando la Técnica Neuroaxial, que como Anexo forma parte de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.</p> <p>GUÍA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO UTILIZANDO LA TÉCNICA NEUROAXIAL ¹²</p> <p>I. Finalidad Contribuir con la mejora de la calidad de atención de mujeres gestantes sanas y sin factores de riesgo, en base a procesos estandarizados y la mejor evidencia científica, para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto utilizando técnicas neuroaxial.</p> <p>II. Objetivos: Establecer los criterios de atención para el manejo del dolor en la paciente gestante sana y sin factores de riesgo durante el trabajo de parto y parto utilizando la técnica neuroaxial, contribuyendo a la calidad y estandarización en la práctica clínica y al bienestar y la satisfacción materna.</p> <p>IV. Procedimiento a estandarizar Manejo del dolor en el trabajo de parto y parto utilizando la técnica neuroaxial en gestantes sana sin factores de riesgo.</p> <p>V. Consideraciones generales 5.2. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive</p>

¹¹ <https://spij.minijus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1349187>

¹² <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-444-2023-MINSA.pdf>

NIR – DERECHO DE LAS MUJERES AL PARTO HUMANIZADO

	<p>Para poder brindar atención con métodos invasivos de analgesia para trabajo de parto y parto las 24 horas, los establecimientos de salud de nivel II y nivel III de atención deben contar con los ambientes, insumos (Tabla 1) y personales necesarios, incluyendo lo requerido para la punción raquídea, y la presencia de anestesiólogos/a y del/de la gineco-obstetra para el manejo de las distintas etapas del parto.</p> <p>El equipo multidisciplinario de los establecimientos de salud de nivel II y III de atención debe de tener en cuenta que para la administración de analgesia neuroaxial se requiere personal que monitoree el binomio madre-feto de manera permanente, incluso en gestantes sanas y sin factores de riesgo ni complicaciones. Si las gestantes tienen factores de riesgo y/o complicaciones deben ser manejadas en un establecimiento de salud de nivel III.</p>
--	--

Fuente: Normas señaladas
Elaboración ASISP

LEGISLACIÓN COMPARADA

Argentina	
<p>Ley 25.929 Protección del embarazo y del recién nacido¹³</p>	<p>Artículo 1.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.</p> <p>Artículo 2.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales. c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma. <p>Artículo 3.-</p>

¹³<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1231-2004-98806/texto>

	<p>Toda persona recién nacida tiene derecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A ser tratada en forma respetuosa y digna. b) A su inequívoca identificación. c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla. e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación. <p>Artículo 4.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento. b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia. c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud. e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña. <p>Artículo 5.- Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.</p> <p>Artículo 6.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.</p>
<p>Decreto 2035/2015 Reglamentación de la</p>	<p>Artículo 1.- Apruébase la reglamentación de la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, que como ANEXO I forma parte integrante de la presente medida.</p> <p>ANEXO I REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 25.929</p>

<p>Ley N° 25.929¹⁴</p>	<p>Artículo 1.- Tanto los efectores públicos, las obras sociales, como las empresas de medicina privada y/o entidades de medicina prepaga, deberán instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de la Ley N° 25.929.</p> <p>Artículo 2.- a) El equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gravidez y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento. El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente. En caso de duda se resolverá en favor de la persona asistida. b) Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole, de conformidad con lo establecido en 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. c) SIN REGLAMENTAR.- d) Ante un parto vaginal, el profesional interviniente deberá evitar aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando, por su parte, prácticas invasivas innecesarias durante el proceso. e) El equipo interviniente deberá informar en forma comprensible y suficiente, tanto a la mujer como a su núcleo familiar y/o acompañante, sobre el avance del embarazo, el estado de salud del/a hijo/a por nacer y de las demás circunstancias relativas al embarazo, el trabajo de parto, el parto, posparto y/o el puerperio. f) Se entenderá por “Comité de Bioética” a todo comité creado y/o encargado de estas funciones según jurisdicción y normativa vigente. g) Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto. No se podrá exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo, al/la acompañante elegido/a por la mujer embarazada, salvo la acreditación de identidad. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo, la documentación acreditante. En ningún caso se podrá cobrar arancel alguno por la simple permanencia del/la acompañante en la misma habitación, antes, durante y/o después que la mujer hubiese dado a luz. No podrá reemplazarse sin su consentimiento la persona elegida por la mujer. Si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes sustitutos/as. Deberá ser respetado el derecho de la mujer que no desee ser acompañada. Todo lo referido en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto.</p>
-----------------------------------	--

¹⁴ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-2035-2015-252755/texto>

h) Con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto del/la recién nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que ésta disponga, con la acreditación de identidad como único requisito.

i) La institución y/o entidad deberá brindar a la mujer las condiciones necesarias y adecuadas para que pueda amamantar, desde la sala de partos y durante toda su internación.

Los cursos de preparación integral para la maternidad incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), deberán proveer la información y los materiales que favorezcan el desarrollo de la lactancia.

Aquellas personas que por su condición médica tengan contraindicado amamantar deberán ser informadas oportunamente sobre dicha situación y facilitársele el tratamiento para la inhibición de la lactancia.

j) El equipo de salud y la institución asistencial deberán proveer a la mujer y a su acompañante información respecto del proceso fisiológico y vital que comprenden el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y/o el puerperio, así como del rol del equipo de salud. Asimismo, se deberá asesorar e informar en forma comprensible y suficiente acerca de la salud sexual y reproductiva, la lactancia y la crianza, incluyendo en dicha información las características y efectividad de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como su provisión en los términos de lo estipulado por la Ley N° 25.673, sus normas concordantes y complementarias. También, deberán incluir información acerca de los procedimientos asistenciales durante el trabajo de parto y hacia el/la recién nacido/a, inclusive los reglados por la presente norma.

k) Las instituciones sanitarias deberán instrumentar un modelo interdisciplinario de atención para el abordaje del consumo problemático de sustancias, vinculado a los efectos adversos del tabaco, el alcohol y/o las drogas sobre el/la niño/a y la madre.

Artículo 3.-

a) El equipo médico interviniente deberá fomentar el contacto inmediato y sostenido del binomio madre-hijo/a, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran afectar al/la recién nacido/a. En caso de requerirse alguna práctica impostergable, corresponderá minimizarse el dolor y respetar los períodos de sueño del/la niño/a.

b) La identificación del/la recién nacido/a deberá ser ajustada a las normativas vigentes nacionales, provinciales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

c) SIN REGLAMENTAR.-

d) El tiempo mínimo recomendable de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales se establece en CUARENTA Y OCHO (48) horas para un parto vaginal y en SETENTA Y DOS (72) horas para un parto por cesárea. En todos los casos el equipo de salud deberá constatar que las condiciones psicofísicas del binomio madre-hijo/a sean las adecuadas para su externación y que se hubieran completado los estudios y eventuales tratamientos correspondientes a enfermedades de transmisión vertical.

e) El alta del/la recién nacido/a deberá realizarse brindando la adecuada información sobre el seguimiento ambulatorio, así como del desarrollo del plan de vacunación, debiendo contar el/la niño/a con las vacunas obligatorias exigibles al momento del alta, así como haberse realizado las pesquisas neonatales en conformidad con las Leyes N° 25.415 y N° 26.279, sus reglamentaciones, modificatorias o aquellas normas que en el futuro las reemplacen.

	<p>Artículo 4.- Se considerará al/la recién nacido/a en situación de riesgo cuando éste/a, por su estado de salud, requiera de internación hospitalaria.</p> <p>a) SIN REGLAMENTAR.-</p> <p>b) Los servicios de internación neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para la/s madre/s y/o el/los padre/s del/la recién nacido/a, permitiendo el contacto físico. Deberá contemplarse el acceso facilitado para otros familiares directos y/o acompañantes que la madre disponga y la acreditación de identidad como único requisito. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo la documentación acreditante.</p> <p>c) SIN REGLAMENTAR.-</p> <p>d) Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al/la recién nacido/a.</p> <p>e) SIN REGLAMENTAR.-</p> <p>Artículo 5.- SIN REGLAMENTAR.-</p> <p>Artículo 6.- Las prescripciones contenidas en el artículo 6° de la Ley N° 25.929 deberán ser interpretadas y aplicadas en los términos de las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 26.061, N° 26.529, N° 26.485, N° 26.682, y N° 26.743, normas reglamentarias, complementarias y concordantes.</p> <p>Artículo 7.- SIN REGLAMENTAR.-</p>
<p>Resolución 4173 / 2023. Guía de práctica clínica “atención prenatal de bajo riesgo”¹⁵</p>	<p>Artículo 1.- Apruébase la Guía de Práctica Clínica titulada “ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO - Actualización de ocho recomendaciones priorizadas” que como Anexo (IF-2023-85319270-APN-DNCSSYRS#MS) forma parte integrante de la presente Resolución.</p> <p>Artículo 2.- Incorpórase al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA la Guía de Práctica Clínica titulada “ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO - Actualización de ocho recomendaciones priorizadas” que se aprueba por el artículo 1° de la presente.</p>

¹⁵ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-4173-2023-395412>

Bolivia	
<p>Ley N° 348 Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia¹⁶</p>	<p>TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES CAPÍTULO ÚNICO MARCO CONSTITUCIONAL, OBJETO, FINALIDAD, ALCANCE Y APLICACIÓN</p> <p>Artículo 1. Marco Constitucional La presente Ley se funda en el mandato constitucional y en los Instrumentos, Tratados y Convenios Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Bolivia, que garantizan a todas las personas, en particular a las mujeres, el derecho a no sufrir violencia física, sexual y/o psicológica tanto en la familia como en la sociedad.</p> <p>Artículo 2. Objeto y finalidad. La presente Ley tiene por objeto establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para Vivir Bien.</p> <p>Artículo 3. Prioridad nacional I. El Estado Plurinacional de Bolivia asume como prioridad la erradicación de la violencia hacia las mujeres, por ser una de las formas más extremas de discriminación en razón de género. II. Los Órganos del Estado y todas las instituciones públicas, adoptarán las medidas y políticas necesarias, asignando los recursos económicos y humanos suficientes con carácter obligatorio. III. Las Entidades Territoriales Autónomas, en el marco de sus competencias y responsabilidades constitucionales, asignarán los recursos humanos y económicos destinados a la implementación de políticas, programas y proyectos destinados a erradicar todas las formas de violencia hacia las mujeres.</p> <p>Artículo 4. Principios y valores La presente Ley se rige por los siguientes principios y valores: 1. Vivir Bien. Es la condición y desarrollo de una vida íntegra material, espiritual y física, en armonía consigo misma, el entorno familiar, social y la naturaleza. 2. Igualdad. El Estado garantiza la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, el respeto y la tutela de los derechos, en especial de las mujeres, en el marco de la diversidad como valor, eliminando toda forma de distinción o discriminación por diferencias de sexo, culturales, económicas, físicas, sociales o de cualquier otra índole.</p>

¹⁶ http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar_comp/348

3. Inclusión. Tomar en cuenta la cultura y origen de las mujeres, para adoptar, implementar y aplicar los mecanismos apropiados para resguardar sus derechos, asegurarles el respeto y garantizar la provisión de medios eficaces y oportunos para su protección.
4. Trato Digno. Las mujeres en situación de violencia reciben un trato prioritario, digno y preferencial, con respeto, calidad y calidez.
5. Complementariedad. La comunión entre mujeres y hombres de igual, similar o diferente forma de vida e identidad cultural que conviven en concordia amistosa y pacíficamente.
6. Armonía. Coexistencia y convivencia pacífica entre mujeres y hombres, y con la Madre Tierra.
7. Igualdad de Oportunidades. Las mujeres, independientemente de sus circunstancias personales, sociales o económicas, de su edad, estado civil, pertenencia a un pueblo indígena originario campesino, orientación sexual, procedencia rural o urbana, creencia o religión, opinión política o cualquier otra; tendrán acceso a la protección y acciones que esta Ley establece, en todo el territorio nacional.
8. Equidad Social. Es el bienestar común de mujeres y hombres, con participación plena y efectiva en todos los ámbitos, para lograr una justa distribución y redistribución de los productos y bienes sociales.
9. Equidad de Género. Eliminar las brechas de desigualdad para el ejercicio pleno de las libertades y los derechos de mujeres y hombres.
10. Cultura de Paz. Las mujeres y hombres rechazan la violencia contra las mujeres y resuelven los conflictos mediante el diálogo y el respeto entre las personas.
11. Informalidad. En todos los niveles de la administración pública destinada a prevenir, atender, detectar, procesar y sancionar cualquier forma de violencia hacia las mujeres, no se exigirá el cumplimiento de requisitos formales o materiales que entorpezcan el proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados y la sanción a los responsables.
12. Despatriarcalización. A efectos de la presente Ley, la despatriarcalización consiste en la elaboración de políticas públicas desde la identidad plurinacional, para la visibilización, denuncia y erradicación del patriarcado, a través de la transformación de las estructuras, relaciones, tradiciones, costumbres y comportamientos desiguales de poder, dominio, exclusión opresión y explotación de las mujeres por los hombres.
13. Atención Diferenciada. Las mujeres deben recibir la atención que sus necesidades y circunstancias específicas demanden, con criterios diferenciados que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos.
14. Especialidad. En todos los niveles de la administración pública y en especial aquellas de atención, protección y sanción en casos de violencia hacia las mujeres, las y los servidores públicos deberán contar con los conocimientos necesarios para garantizar a las mujeres un trato respetuoso, digno y eficaz.

Artículo 7. Tipos de violencia contra las mujeres

En el marco de las formas de violencia física, psicológica, sexual y económica, de forma enunciativa, no limitativa, se consideran formas de violencia:

(...)

7. Violencia Sexual. Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer.
8. Violencia Contra los Derechos Reproductivos. Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros.

9. Violencia en Servicios de Salud. Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

(...)

16. Violencia Contra los Derechos y la Libertad Sexual. Es toda acción u omisión, que impida o restrinja el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura, afectiva y plena o que vulnere su libertad de elección sexual.

TÍTULO III PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y PROTECCIÓN

CAPÍTULO I PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

Artículo 20. Medidas en el ámbito de salud

1. El Ministerio de Salud y Deportes, tiene la responsabilidad de adoptar las siguientes medidas, dirigidas a garantizar a las mujeres en situación de riesgo o de violencia, el acceso a los servicios de salud, su tratamiento y protección, como un problema de salud pública:

1. Incorporar estrategias y programas de promoción, prevención e intervención integral en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con el propósito de garantizar la lucha contra la violencia hacia las mujeres en las Políticas Públicas de Salud.

2. Incluir e implementar la Norma Nacional de Atención Clínica, el protocolo único de detección, atención y referencia de la violencia y sus efectos, incluyendo todas las formas de violencia física, violencia en servicios de salud, psicológica y sexual contemplados en la presente Ley, con enfoque intercultural y de género.

3. Diseñar y ejecutar planes de capacitación, información y sensibilización sobre promoción, prevención y tratamiento integral a mujeres que sufren violencia; al personal profesional, auxiliar y administrativo de los servicios de salud públicos, de los entes gestores de la seguridad social a corto plazo y de servicios privados, para garantizar su actuación oportuna y adecuada en la detección, prevención, atención y protección a las mujeres.

4. Garantizar que el Sistema de Salud Público, seguro social a corto plazo y privado, responda con atención médica y psicológica de emergencia, tratamiento inmediato para el restablecimiento de la salud física y emocional de las mujeres que se encuentran en situación de riesgo y/o violencia; en la prestación de salud gratuita para la atención de mujeres víctimas de violencia al momento de la implementación del Seguro Universal de Salud, quedando prohibida la negación de atención.

5. Elaborar e implementar mecanismos para la detección y reporte de potenciales casos de violencia que pudieran sufrir mujeres que recurran a los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.

6. Referir o derivar a las mujeres en situación de violencia o riesgo inminente a los servicios especializados de atención médica, psicológica y de protección.

7. Respetar las decisiones que las mujeres en situación de violencia tomen en ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, en el marco de la normativa vigente.

8. Generar y difundir información permanente y actualizada sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, embarazos no planificados y de todas las formas de violencia sexual.

9. El personal médico del Sistema de Salud Público, seguro social a corto plazo y servicios privados, deberán extender de oficio, de forma obligatoria, gratuita y en papel corriente, un certificado médico a mujeres que requieran atención por daño físico o sexual emergente de actos de violencia, debiendo derivarse a las instancias competentes la respectiva valoración del daño psicológico. El médico forense con carácter prioritario deberá homologar los certificados médicos extendidos en casos de violencia contra las mujeres y establecer el grado de impedimento.

NIR – DERECHO DE LAS MUJERES AL PARTO HUMANIZADO

	<p>10. Adoptar normas, políticas y programas dirigidos a prevenir y sancionar la violencia en servicios de salud y cualquier otra forma de violencia contra las mujeres en los servicios de salud, ejercida por cualquier funcionario de los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.</p> <p>11. Promover la investigación científica para la adopción de exámenes y tratamientos médicos menos invasivos, dolorosos o agresivos.</p> <p>12. Promover la participación comunitaria activa de mujeres y hombres en todos los establecimientos de salud públicos, seguro social a corto plazo y los privados que presten servicios básicos o que administren recursos fiscales en todos los niveles del Estado, para ejercer control social en el cumplimiento de las medidas señaladas en esta Ley.</p> <p>13. Ampliación de la atención a las víctimas de violencia física o sexual contra las mujeres como prestación del régimen de seguridad social a corto plazo.</p> <p>14. Otras acciones necesarias en el ámbito de la atención de la salud, que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia hacia las mujeres.</p> <p>III. Los servicios de salud de todos los niveles, públicos, seguridad social y servicios privados, tienen obligación de atender, bajo responsabilidad, a toda mujer que solicite atención médica y psicológica, así como reportar casos probables o comprobados de violencia contra las mujeres que atiendan, enviando una copia firmada del registro del caso al Ente Rector, para su inclusión al Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia en razón de Género - SIPPASE, dentro de las 48 horas de conocidos los hechos.</p>
<p>Decreto Ley 15629 Código de salud de la República de Bolivia¹⁷</p>	<p>Artículo 4.- Se establece el derecho a la salud de todo ser humano que habite el territorio nacional, sin distinción de raza, credo político, religión, y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.</p> <p>Artículo 15.- La Autoridad de Salud, establecerá, las disposiciones para la elaboración de programas de atención materno infantil, a las cuales se deberán regir las instituciones públicas y privadas.</p> <p>Artículo 16.- La mujer en su control de salud pre y post-natal, así como el niño, serán objeto de prioridad mediante prestaciones de servicios de salud especiales en todas las instituciones del sector salud.</p>
<p>Resolución Ministerial N° 0790¹⁸</p>	<p>Artículo 1.- Disponer la incorporación obligatoria de 18 prácticas y tecnologías apropiadas (conductas, procedimientos, instrumentos y suministros médicos) en la práctica asistencial obstétrica y neonatal de los establecimientos de salud públicos de los tres niveles de atención, y en los privados, y la correspondiente anulación de los contenidos normativos vigentes hasta la fecha que las contradigan.</p>

¹⁷ <https://www.lexivox.org/norms/BO-COD-DL15629.html>

¹⁸ <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Mapeo%20de%20normas%20sobre%20salud%20materna%20y%20factores%20culturales%20en%20bolivia%201994-2010.pdf>

Artículo 2.-

Para el cuidado prenatal se mejorará o incorporará lo siguiente: • Un plan de acceso para el parto o una eventual emergencia obstétrica

Artículo 3.-

Durante la atención del trabajo de parto, el personal de salud promoverá y facilitará: • El cambio de posición y ambulación de las embarazadas • La presencia de un familiar o allegado de la embarazada • La ingesta de líquidos 37 MAPEO DE NORMAS SOBRE SALUD MATERNA Y FACTORES CULTURALES EN BOLIVIA • La eliminación del uso rutinario de la enema y rasurado del bello pubiano

Artículo 4.-

Para la atención del parto se dispone: • Restringir la práctica de la episiotomía • Realizar el manejo activo del alumbramiento mediante aplicación intramuscular de 10 UI de oxitocina tan pronto nace el bebé • Devolver la placenta a las madres puérperas que lo soliciten o acepten.

Artículo 6.-

El personal de salud de los establecimientos públicos: • Atenderá las denuncias y sugerencias realizadas por las organizaciones de base relacionadas con la negligencia, la desinformación, la discriminación, el maltrato, el ausentismo y el retraso. • Proporcionará información y participará en la realización de auditorías médicas sobre la mortalidad materna y neonatal, comités comunales de análisis de la información y consejos municipales de salud, cuando así lo determinen las autoridades competentes”.

Artículo 8.-

a) Está demostrado que el cambio de posición y ambulación de las embarazadas mejora la actividad contráctil del útero y reduce la duración del trabajo de parto. Varios estudios clínicos controlados aleatorizados respaldan la ventaja de la posición vertical durante el periodo expulsivo, porque lo acorta y reduce la frecuencia de los episodios de dolor severo. Cuando las salas de trabajo de parto sean pequeñas, se invitará a las embarazadas a deambular alrededor de la cama y a moverse con libertad en su cama y cambiar de posición. Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de apoyo y estudiantes de medicina y enfermería promoverán entre las parturientas estas prácticas, explicándoles los beneficios antes indicados.

b) La ambulación durante el trabajo de parto no será promovida en tanto la cabeza fetal no esté encajada. Cuando se trate de un trabajo de parto pretérmino, la ambulación ocurrirá hasta los 7 – 8 centímetros de dilatación, o más si hay la disposición de atender el parto con la embarazada de cuclillas.

Artículo 9.-

a) Estudios clínicos controlados aleatorizados demuestran que el apoyo que reciben las embarazadas durante el trabajo de parto y parto, reduce la necesidad de analgésicos, la frecuencia de la operación cesárea y de la episiotomía, e incluso la depresión del recién nacido al quinto minuto de vida. Por tanto, todo el personal de salud que atiende partos, realizará los esfuerzos necesarios para que el apoyo emocional a las parturientas se convierta en rutina. Lo realizará el personal de salud de manera directa, pero también permitiendo la presencia de los familiares identificados por la interesada.

	<p>b) El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto es uno de los derechos de las embarazadas, de suerte que cuando las salas de trabajo de parto no permitan la presencia prolongada de familiares, se adoptará la modalidad de “encuentros” cortos.</p> <p>c) Tanto para el trabajo de parto como para el parto, los familiares serán instruidos del papel que deben desempeñar, para que proporcionen a la parturienta apoyo emocional satisfactorio</p> <p>Artículo 10.- La presencia de un familiar en la sala de partos dependerá de la disponibilidad de salas individuales, del deseo de la parturienta y de la aceptación por parte del familiar identificado por la interesada. Cuando ocurra, el familiar será instruido por el personal de salud para que permanezca a la altura de la cabeza de la mujer, proporcionándole apoyo emocional y humedeciéndole los labios con una torunda empapada en agua. Vestirá un mandil, botas y barbijo que deben ser proporcionados por el establecimiento de salud.</p> <p>Artículo 11.- De acuerdo con los principios de la OMS [Organización Mundial de la Salud] para el cuidado perinatal, no se debe restringir la ingestión de líquidos a las embarazadas durante el trabajo de parto, porque hay gasto de energía calórica que requiere reposición mediante la administración oral de líquidos. Los servicios de salud con atención de parto promoverán esta práctica, proporcionando líquidos y permitiendo que los familiares los provean (agua mineral y mates de hierbas que no contengan sustancias oxitócicas naturales).</p> <p>Art. 21.- En el país, las culturas aymara y quechua realizan ritos con la placenta, que son de importancia vital en sus relaciones con la tierra y el pasado. Por tanto, durante el trabajo de parto o cuando concluya el mismo, el personal de salud deberá establecer el destino que la embarazada desea darle a la placenta.</p> <p>Artículo 22.- Cuando la embarazada solicite o acepte que se le entregue la placenta, ésta deberá ser introducida en una bolsa plástica en la misma sala de parto y a la vista de la parturienta.</p>
<p>Resolución Ministerial 1140-2011, Mapeo de Normas sobre salud materna y factores</p>	<p>1 Introducción Este documento constituye un ejercicio de sistematización y análisis de la normativa boliviana, vigente entre 1994 y el 2010, y de sus perspectivas de ajuste e implementación en el corto y mediano plazo. Sobre la base de un primer esfuerzo analítico de las normas, también se exponen algunas ideas fundamentadas en la documentación disponible que podrían servir para generar iniciativas de asistencia técnica y profundización de los instrumentos de regulación favorables a la construcción de un sistema de salud comprometido con las necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva en general y con la salud materna en particular.</p> <p>2. Universalización de la atención</p>

<p>culturales en Bolivia 1994-2010¹⁹</p>	<p>Bajo este título, en este capítulo, se expone y analiza una de las corrientes de mayor significación en el plano de las políticas públicas de salud, que desde los años 80 incluye menciones puntuales sobre salud intercultural y medicina tradicional, acepta la importancia del rescate de prácticas de salud empleadas por las comunidades y los pueblos y valora la posible contribución de diversos actores al objetivo mundial de lograr la salud para todos, con énfasis en la salud de las mujeres y los niños y niñas.</p>
<p>Chile</p>	
<p>Ley 20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud²⁰</p>	<p>Artículo 1.- Esta ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, cualquiera sea la forma en que ésta se preste, presencialmente o realizada a distancia o por telemedicina apoyada en tecnologías de la información y las comunicaciones, conforme a las condiciones que establezca el reglamento respectivo. Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.</p> <p>Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10. En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio. Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse. El consentimiento informado del paciente para recibir prestaciones de salud digital se podrá otorgar en forma verbal, caso en el cual el prestador institucional e individual respectivo deberá registrar la aceptación o rechazo de la atención de salud mediante una declaración escrita en formato papel o firmado a través de un sistema electrónico que garantice su autenticidad de conformidad con lo dispuesto en la ley N° 19.799, dejándose registro en la ficha clínica de los resguardos adoptados para asegurar el derecho de información de la persona.</p>

¹⁹ <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Mapeo%20de%20normas%20sobre%20salud%20materna%20y%20factores%20culturales%20en%20bolivia%201994-2010.pdf>

²⁰ <https://www.bcn.cl/levchile/navegar?idNorma=1023143>

	<p>Sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad competentes, todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser oído respecto de los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que éstos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico. Deberá dejarse constancia de que el niño, niña o adolescente ha sido informado y se le ha oído.</p> <p>Con todo, no se requerirá autorización de los progenitores o de quien ostente el cuidado personal y/o patria potestad de mayores de 14 años, cuando se trate de la toma de exámenes PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) realizada por personal de salud, en cualquier establecimiento de salud autorizado o en el contexto del programa de Búsqueda de Casos Activos, y que es parte de la estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento del Estado, bastando para ello el consentimiento del niño, niña o adolescente.</p> <p>En el caso de una investigación científica biomédica en el ser humano y sus aplicaciones clínicas, la negativa de un niño, niña o adolescente a participar o continuar en ella debe ser respetada. Si ya ha sido iniciada, se le debe informar de los riesgos de retirarse anticipadamente de ella.</p>
<p>Colombia</p>	
<p>Ley 2244 de 2022 Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo parto y parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno,</p>	<p>Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos.</p> <p>Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente ley regirá en todo el territorio nacional, de conformidad con el enfoque diferencial.</p> <p>Artículo 3. Definiciones. Para la correcta aplicación de la presente ley entienda por: Alimentos: todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral. Los alimentos. Comprenden la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto. Cesárea Humanizada: Es el procedimiento efectuado con base en evidencia científica actualizada, recomendada únicamente por la necesidad de la condición de salud de la mujer o del feto, protegiendo el vínculo afectivo por medio del contacto piel con piel, y del inicio del amamantamiento dentro de la primera hora del posparto, así como respetando su derecho a permanecer acompañada, si así lo desea mínimo por una persona de su elección y confianza durante todo el proceso, con información clara y suficiente sobre el estado de salud, sin obstaculizar el campo visual del nacimiento si así lo desea la mujer y con apoyo emocional. Enfoque diferencial: Es la estrategia que permite la inclusión de los sujetos de especial protección constitucional mediante acciones, programas y proyectos adoptados con el fin de garantizar la igualdad, la equidad y la no discriminación.</p>

<p>respetado y humanizado²¹</p>	<p>Duelo gestacional: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto durante la etapa de gestación.</p> <p>Duelo perinatal: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto o recién nacido durante el trabajo de parto, el parto o el posparto.</p> <p>Posparto: Período de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para el desarrollo de los recién nacidos, para la recuperación de la mujer, para el reconocimiento de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.</p> <p>Plan de parto: Documento realizado por la mujer, con destino a los agentes de salud encargados de la atención del trabajo de parto, parto y posparto, en el que se establece un diálogo de necesidades, preferencias y expectativas de la mujer con respecto a la atención.</p> <p>Puerperio: se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.</p> <p>Trabajo de parto: Proceso fisiológico y natural que comprende una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cérvix hacia el exterior.</p> <p>Artículo 4. Derechos.</p> <p>Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:</p> <p>A recibir atención integral, adecuada, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud.</p> <p>A ser tratada con respeto y sin discriminación, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión.</p> <p>A ser considerada como sujeto de derechos y de protección especial, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.</p> <p>A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje claro, fácil de entender, pertinente, accesible y a tiempo acorde a sus costumbres étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer</p> <p>A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto por personal idóneo y con experiencia.</p> <p>A que sea ingresada al Sistema de Salud y a ser atendida sin barreras administrativas.</p> <p>A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el régimen de afiliación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.</p> <p>A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, para garantizar la salud de la madre de acuerdo con su condición de salud.</p> <p>A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, las causas y los efectos del duelo</p>
---	---

²¹ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>

	<p>gestacional y perinatal, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los profesionales de salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada , y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los actores del sistema de la salud encargados de su atención .</p> <p>A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los actores del sistema de la salud y a que el cónyuge tenga información oportuna, y sus familiares de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.</p> <p>A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de la salud y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible por los actores del sistema de la salud que le atenderá en parto.</p> <p>Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica. b) Monitoreo fetal intermitente con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto. c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y post parto. d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto. e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros <p>13 A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada y la recomendación del médico tratante.</p> <p>14. A recibir atención en salud idónea y oportuna durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.</p> <p>15 A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental, esta asistencia debe ser oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal, esta asistencia también se brindará al padre y la familia que así lo necesite.</p> <p>16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.</p> <p>17. A que todo procedimiento relacionado con su estado sea practicado por profesionales de la salud acreditados académicamente y con experiencia, sin perjuicio de las prácticas de medicina tradicional y ancestral de los grupos étnicos.</p> <p>18. A que todo medicamento perteneciente al grupo de análogos de las prostaglandinas y anti progestágenos de uso en obstetricia, le sea suministrado en condiciones óptimas de higiene y sanidad, en Institutos Prestadores de Salud que cuenten, al menos, con atención de urgencias gineco-obstétricas.</p>
--	--

19. A que todo procedimiento de dilatación/evacuación y curetaje obstétrico sea realizado en condiciones óptimas de higiene y sanidad, en Institutos Prestadores de Salud que cuenten, al menos, con atención de urgencias gineco-obstétricas.
20. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el postparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.
21. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.
22. A recibir información sobre las consecuencias físicas y psicológicas del postparto y sobre las indicaciones sugeridas de conformidad con sus condiciones de salud y basadas en la evidencia científica actualizada.
23. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado o sea solicitada de manera libre e informada por la mujer en el plan de parto por cesárea.
24. A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer.
25. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; para ayudar a la mujer y/o la familia a superar el duelo y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto y en las mejores condiciones posibles teniendo en cuenta su derecho y el de su familia a la intimidad.
26. A que le sea entregada su placenta por los actores del sistema de la salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.
27. A reclamar los gastos del parto, sin perjuicio de la responsabilidad compartida de los padres que surge desde la concepción.
28. Recibir un trato respetuoso por parte de los agentes de salud y la parte administrativa.

Parágrafo.

Cuando el reconocimiento de la paternidad se realice antes del nacimiento, en virtud de lo establecido por la Ley 75 de 1968, los derechos reconocidos en los numerales 4, 7, 10, 15, 22 y 25 serán también reconocidos al padre.

Artículo 5. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto.

Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique.

Cuando la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto decida no atender las recomendaciones de los agentes de salud, o no recibir un procedimiento o tratamiento deberá expresarlo por escrito a través de un documento de consentimiento informado de rechazo o disenso.

Atender las recomendaciones sanitarias en el transporte y disposición de la placenta en el caso de recibirla, y dejar constancia de haberla recibido, todo lo anterior con enfoque diferencial y según sus creencias.

Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto.

Artículo 6. Integralidad de la atención.

La atención en salud prenatal, atención de partos de bajo riesgo o alto riesgo y atención de recién nacidos debe contar con un agente en salud suficiente, idóneos, éticos y permanente e interdisciplinario, con insumos tecnológicos esenciales en buen estado y demás equipamiento que garantice la atención oportuna, digna y segura a las mujeres y a los recién nacidos durante la gestación, el trabajo de parto, el posparto, teniendo en cuenta dentro de los procesos de atención el enfoque diferencial y la interculturalidad.

Artículo 7. Derechos del recién nacido

Todo recién nacido tiene derecho:

A ser tratado con respeto y dignidad

A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.

A recibir los cuidados y los tratamientos interdisciplinariamente necesarios, acordes con la evidencia científica actualizada, con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, inclusive el cuidado paliativo.

A tener contacto piel con piel con su madre y amamantamiento inmediato postergando los procedimientos que no se consideren vitales con el objetivo de favorecer sus procesos de adaptación neurofisiológicos y psicológicos.

Al corte oportuno del cordón umbilical de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada.

A no ser separado de su madre durante la permanencia en la institución prestadora de salud, siempre que el recién nacido o la mujer no requiera de cuidados especiales que impidan lo anterior, para lo cual deberán informar debidamente a la madre.

A tener contacto con su padre durante su proceso de nacimiento, para el adecuado desarrollo de su vínculo afectivo, siempre y cuando la mujer autorice la presencia del padre durante su trabajo de parto, parto y posparto. Lo anterior, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas.

A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su gestación, crecimiento y desarrollo, signos de alarma, periodicidad de controles de seguimiento, junto con información sobre el plan de vacunación explicando beneficios y posibles efectos adversos por expertos.

Parágrafo:

Para la protección de los derechos de los recién nacidos, se deberá contar con el consentimiento de los padres excepto cuando se trata de intervenciones o tratamientos urgentes y necesarios dirigidos a preservar la vida y garantizar la calidad de vida del menor

Artículo 8. Obligaciones del Estado.

Son obligaciones del Estado para garantizar la eficacia y desarrollo de la presente ley, las siguientes:

El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá promover la formación y actualización los actores del sistema de la salud para el cuidado de la mujer, del feto y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, postparto lactancia, duelo gestacional y duelo perinatal, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto, posparto, duelo gestacional y duelo perinatal, al feto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.

	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías de práctica clínica de acuerdo a lo establecido en la presente ley y de conformidad con la evidencia científica actualizada, cada 5 años.</p> <p>Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos tanto de la mujer como del acompañante cuando deban desplazarse fuera de su lugar de residencia.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares.</p> <p>Las autoridades judiciales y administrativas deberán respetar el principio de no discriminación en el marco de cualquier procedimiento que pueda afectar los derechos contenidos en la presente ley. Sus decisiones no podrán basarse en estereotipos de género, ni respecto de la maternidad, ni respecto de la paternidad.</p> <p>Artículo 9. Obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la presente ley.</p> <p>Además de las demás obligaciones establecidas en el marco normativo del sistema de salud, serán obligaciones de los actores del sistema de salud objeto de la presente ley las siguientes:</p> <p>Promover la formación y actualización de los profesionales de la salud y demás actores involucrados en la atención y prestación del servicio para el cuidado de la mujer, del feto y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, postparto lactancia duelo gestacional y duelo perinatal, para garantizar los derechos de la mujer, del feto y del recién nacido</p> <p>Promover la divulgación, de los lineamientos y establecer el plan estratégico emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto y posparto, duelo gestacional y duelo perinatal y al recién nacido</p> <p>Aplicar las guías prácticas de atención a la mujer en gestación, parto, posparto, duelo gestacional, duelo perinatal, al feto y al recién nacido, expedidas por el ministerio de salud y de la protección social.</p> <p>En caso de que la mujer gestante se encuentre en otro lugar diferente al consignado en el plan del parto, por medio de la historia clínica electrónica e interoperable, garantizando el consentimiento informado, se brindarán las garantías para proceder de acuerdo a lo planeado previamente, así mismo, se permitirá que se eliminen barreras administrativas o demoras en la atención, teniendo en cuenta que los profesionales de la salud, podrán acceder con facilidad a la información de la gestante. Las EPS garantizarán que la madre perteneciente al Sisbén grupo A 1 - A5, reciban la dotación básica de alimentos, higiene para el recién nacido o los recién nacidos, durante al menos 30 días posteriores al nacimiento.</p> <p>Artículo 10. Pluralismo Cultural.</p> <p>Se debe reconocer y respetar el pluralismo cultural relacionado con las mujeres y los recién nacidos, garantizando con evidencia científica su vida, dignidad, integridad y salud, antes, durante y después del parto.</p>
<p>Resolución Número 3280 De 2018 Por medio de la</p>	<p>Artículo 1. Objeto.</p> <p>La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento. Artículo 2°. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de</p>

<p>cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación²²</p>	<p>obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del MIAS, dentro de la PAIS.</p> <p>Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS aquí adoptados, deberán ser garantizadas a la totalidad de la población una vez entre en vigencia la presente resolución. No obstante, serán implementadas en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, las intervenciones que a continuación se describen: a) El tamizaje auditivo del recién nacido. b) Las consultas de medicina definidas para la población entre 24 y 44 años. c) Las consultas de odontología definidas para la juventud y adultez.</p> <p>Artículo 6. Monitoreo y evaluación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Los obligados al cumplimiento de esta resolución realizarán, en el marco de sus competencias, el monitoreo de las intervenciones de las rutas a que alude el presente acto administrativo y la evaluación de los resultados en salud y reducción de las inequidades en salud en las personas, familias y comunidades, derivadas de su implementación. Los resultados del monitoreo y evaluación constituirán insumo para la toma de decisiones requeridas para garantizar la calidad de la atención en salud, determinar el impacto de las intervenciones contenidas en las rutas y el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces y las Direcciones Territoriales de Salud de carácter departamental y distrital, informarán anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud los resultados del monitoreo y evaluación, a fin de que esta adelante las acciones correspondientes al amparo de sus competencias. Parágrafo. El monitoreo y evaluación se realizará mediante la información que se reporta en el marco de las Resoluciones 3374 de 2000, 4505 de 2012, 2175 de 2015 y las demás fuentes de información existentes y requeridas para dicho monitoreo, o las normas que las modifiquen o sustituyan.</p>
<p>Ecuador</p>	
	<p>Artículo 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.</p>

²² https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

<p>Constitución de la República del Ecuador²³</p>	<p>2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.</p>
<p>Acuerdo ministerial 00005203, Guía práctica clínica de atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato²⁴</p>	<p>5. Objetivo general Presentar a los profesionales de la salud la mejor evidencia científica disponible sobre la atención del trabajo de parto, parto, posparto y atención del RN en todos los niveles de atención, con el fin de mejorar la calidad de la atención.</p> <p>6. Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar atención obstétrica segura a la embarazada en el trabajo de parto y parto espontáneo. 2. Identificar las fases del trabajo de parto y las conductas adecuadas para su manejo. 3. Determinar cómo se debe asistir un parto normal (eutócico). 4. Establecer las mejores prácticas para la atención del RN. 5. Definir las indicaciones para el alta hospitalaria de la madre y del RN.
<p>Acuerdo ministerial 00000474 Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado²⁵</p>	<p>e) Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) En el marco de la implementación del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE), en el 2005 la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con el apoyo técnico y financiero del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP), y Family Care International (FCI), elaboró e implementó una propuesta piloto de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) de los servicios de salud, a fin de que responda mejor a las necesidades culturales de las usuarias, sus familias y la comunidad. Dicha propuesta metodológica contempló la participación de parteras, brigadistas, líderes comunitarios, mujeres usuarias de los servicios, y profesionales de los centros de salud en tres áreas de la provincia de Tungurahua (Área 2 de Ambato, Hospital de Píllaro y Hospital de Pelileo).</p> <p>1.2 Objetivo General Mejorar la calidad de atención de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, regional y local, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que se pueda incidir en la disminución de los índices de mortalidad materna y neonatal, fomentando la atención del parto con adecuación intercultural en los niveles de atención I y II de la red prestadora de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS).</p>

²³ <https://www.lexis.com.ec/biblioteca/constitucion-republica-ecuador>

²⁴ https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf

²⁵ <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GU%C3%8DA%20%20T%C3%89CNICA%20PARA%20LA%20ATENCI%C3%93N%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf>

	<p>1.3 Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que el nuevo modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria tenga enfoque intercultural • Garantizar que el personal de atención en salud del SNS acepte y aplique la presente guía. • Promover la participación y el consentimiento informado de las usuarias en todos los procesos de atención médica institucional durante el embarazo y todas las fases del trabajo de parto. • Promover la participación comunitaria en los procesos de adecuación cultural de la atención del parto en las unidades de atención del SNS, de acuerdo a la realidad local. • Institucionalizar la atención del parto culturalmente adecuado en los servicios de salud pública y privada para mejorar la calidad y calidez de la atención materno-neonatal. • Reconocer la existencia de la sabiduría de la medicina tradicional, propendiendo a la revalorización y fortalecimiento de sus conocimientos, actitudes y prácticas dentro de las unidades de salud del MSP.
<p>Acuerdo ministerial 00000413 Normas, Protocolos Y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto²⁶</p>	<p>Objetivos Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incrementar las capacidades y conocimientos del personal de la salud para la implementación de prácticas integrales al atender un parto y contribuir a: <ol style="list-style-type: none"> a. Mejorar el estado de hierro sérico en el recién nacido, con miras a prevenir la anemia. b. Facilitar la tercera etapa del parto. c. Asegurar un inicio apropiado de la lactancia materna. d- Asegurar el vínculo madre-hijo o hija desde el nacimiento e. Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte en la mujer y en su hijo o hija y promover una vida con calidad mediante la adecuada atención intrahospitalaria del parto. <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal. b. Incentivar la implementación de estrategias oportunas y permanentes en las unidades de salud donde se atienden partos. c. Conseguir que las madres y sus recién nacidos se beneficien de las ventajas de una atención óptima. d. Favorecer la nutrición mediante el inicio temprano de la lactancia materna. e. Respetar los derechos de madres y recién nacidos a recibir atención con calidad y calidez.

²⁶ <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ART.%20PRACTICAS%20INTEGRALES%20DEL%20PARTO.pdf>

México	
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA22016²⁷</p>	<p>5. Disposiciones generales</p> <p>5.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.</p> <p>5.1.2 La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo. Ver Apéndices C y D Normativos, de esta Norma.</p> <p>5.1.3 En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.</p> <p>5.1.4 El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.</p> <p>5.1.5 La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.</p> <p>5.1.6 En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.</p> <p>5.1.7 En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.</p> <p>5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.</p> <p>5.1.9 Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica, para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.</p>

²⁷ <https://sitio.comunidadparteriamexico.org/recursos/norma-oficial-mexicana-nom007ssa22016-para-la-atencion-de-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-y-de-la-persona-recien-nacida/>

	<p>5.1.10 Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aun como fumadora pasiva), bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).</p> <p>5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.</p> <p>Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.</p> <p>5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.</p> <p>5.1.13 En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.</p> <p>5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.</p> <p>5.2 Atención del embarazo.</p> <p>5.2.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:</p> <p>5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma), debiendo tener los siguientes apartados:</p> <p>5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario;</p> <p>5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos;</p> <p>5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.</p> <p>5.2.1.2 Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.</p> <p>5.2.1.3 Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:</p> <p>5.2.1.3.1 Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;</p> <p>5.2.1.3.2 A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y</p> <p>5.2.1.3.3 En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.</p> <p>5.2.1.4 Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.</p>
--	--

	<p>5.2.1.5 Identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E2 igual o mayor que 30Kg/E2 antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.</p> <p>5.2.1.6 Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embriofetal, independientemente del periodo gestacional (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).</p> <p>5.2.1.7 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración (Véase Apéndice D Normativo, de esta Norma).</p> <p>5.2.1.8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>5.2.1.9 Cuando se atienda a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.</p> <p>5.2.1.10 Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional (Ver Apéndice C Normativo, de esta Norma). Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.8, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.</p> <p>5.2.1.11 Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.</p> <p>5.2.1.12 Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.</p> <p>5.2.1.13 Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.</p> <p>5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:</p> <p>5.2.1.14.1 Biometría hemática completa;</p> <p>5.2.1.14.2 Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto);</p> <p>5.2.1.14.3 Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g);</p> <p>5.2.1.14.4 Creatinina;</p> <p>5.2.1.14.5 Ácido úrico;</p> <p>5.2.1.14.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.</p> <p>5.2.1.14.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita;</p> <p>5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para</p>
--	--

evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.

Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados, y

5.2.1.14.9 Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario: 1a consulta: entre las 6 - 8 semanas; 2a consulta: entre 10 - 13.6 semanas; 3a consulta: entre 16 - 18 semanas; 4a consulta: 22 semanas; 5a consulta: 28 semanas; 6a consulta: 32 semanas; 7a consulta: 36 semanas; y 8a consulta: entre 38 - 41 semanas. La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

5.2.1.17 Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

5.2.1.18 En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata.

La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutoria, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

5.5.6 La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Capítulo de Referencias, de la Norma.

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

5.5.8 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

5.5.9 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.5.14 Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

	<p>5.5.15 La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.</p> <p>5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.</p> <p>5.5.17 Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.</p> <p>5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.</p> <p>5.5.19 En todas las púerperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.</p> <p>5.5.20 Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:</p> <p>5.5.20.1 Tipo y atención del parto;</p> <p>5.5.20.2 Fecha y hora de nacimiento;</p> <p>5.5.20.3 Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, de conformidad con los Apéndices E, F, G y H Normativos, de esta Norma, y</p> <p>5.5.20.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones;</p> <p>5.5.20.5 En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;</p> <p>5.5.20.6 Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y</p> <p>5.5.20.7 Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.</p>
	<p>CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES</p>

<p>Ley de protección al parto humanizado y a la maternidad digna del estado de Nuevo León²⁸</p>	<p>Artículo 1.- La presente Ley es de orden público, interés social, de aplicación obligatoria y observancia general en el Estado de Nuevo León. Su objeto es garantizar y proteger los derechos de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la primera infancia.</p> <p>Artículo 2.- La protección de esta Ley, incluye las etapas de embarazo, parto, puerperio y crianza durante la primera infancia.</p> <p>Artículo 3.- Son principios rectores de la presente Ley: I.- El interés superior del niño; II.- La dignidad humana; III.- El trato digno y respetuoso; IV.- La salud mental; y V.- La educación prenatal.</p> <p>Artículo 6.- Toda mujer tiene derecho a la maternidad y a un parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Para tales efectos, el Gobierno del Estado fomentará y propiciará las condiciones para hacer efectivo este derecho, para lo que podrá entre otras acciones celebrar convenios con diferentes organizaciones y niveles de gobierno para la consecución de este objetivo.</p> <p>Artículo 7.- La Secretaría de Salud procurará adoptar las medidas necesarias para que todas las mujeres puedan tener acceso a un parto respetado y seguro, que incluya las posibilidades de tomar decisiones informadas y libres de violencia, a fin de que durante el parto se respeten sus decisiones, necesidades específicas e identidad cultural, evitando toda intervención médica no sustentada científicamente, innecesaria o excesiva y/o carente de evidencia científica.</p> <p>Artículo 8.- Para lograr el objetivo señalado en el artículo anterior, se deberá garantizar en coordinación con la Secretaría de Educación, la capacitación permanente y obligatoria relativa al parto humanizado en las instituciones educativas públicas y privadas de formación de profesionales de la salud. Asimismo, la Secretaría de Salud deberá capacitar e integrar equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de salud, parteras y acompañantes de apoyo, a fin de garantizar una atención integral y de calidad, fomentando la atención basada en los principios de respeto, voluntad y menor número de intervenciones posible.</p> <p>Artículo 9.-</p>
---	---

²⁸ https://normas.cndh.org.mx/Documentos/Nuevo%20Le%C3%B3n/Ley_PPHMDE_NL.pdf

Los profesionales de la salud tanto de las instituciones públicas como privadas, involucrados en la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, deberán informar a las mujeres embarazadas sobre las disposiciones de la presente Ley, de su objeto y de la protección que este ordenamiento les brinda. Asimismo, la difusión de esta información deberá enfatizarse cuando se trate de población con desventaja socioeconómica o en situación de vulnerabilidad y/o en los casos de embarazo adolescente. Artículo 10.- Son autoridades responsables de la aplicación de esta Ley:

- I.- El Ejecutivo del Estado de Nuevo León;
- II.- La Secretaría de Salud del Estado;
- III.- La Secretaría de Educación del Estado;
- IV.- La Secretaría de Desarrollo Social del Estado;
- V.- El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Nuevo León;
- VI.- Los Municipios del Estado, en el ámbito de sus competencias o conforme a los convenios establecidos; y
- VII.- Las demás entidades públicas y/o privadas cuyas funciones tengan relación con lo previsto en la presente Ley.

CAPÍTULO III. DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES SECCIÓN PRIMERA. DURANTE EL EMBARAZO

Artículo 15.-

La mujer embarazada tiene derecho a:

- I.- Previo estudio de trabajo social, a consultas médicas, exámenes de laboratorio, ultrasonidos, atención ginecológica, orientación psicológica y psiquiátrica hasta el puerperio, así como orientación y vigilancia en materia de nutrición, a través del Sistema de Protección Social en Salud y el Catálogo Universal de Servicios de Salud por medio de los prestadores de servicios de salud públicos o privados;
- II.- A tener un embarazo informado, en el que será prevenida, tanto ella como su pareja, donde aplique, del riesgo que para la salud implica:
 - a) No acudir a consulta prenatal, como mínimo seis visitas, como lo marcan la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y la Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo (sic), parto y puerperio.
 - b) No cumplir con el esquema de vacunación prenatal, obligatorio en los servicios de salud y que debe ser registrado oficialmente en la cartilla nacional de salud de la mujer.
 - c) No tomar los suplementos nutricionales en la dosis, forma y tiempo correctos para prevenir el daño neurológico y los trastornos en el desarrollo y crecimiento durante todo el embarazo y la lactancia.
 - d) Ocultar, modificar o alterar la información necesaria, completa y confiable sobre sus antecedentes de salud, enfermedades preexistentes, uso de fármacos, drogas legales e ilegales, tabaco y alcohol.
 - e) Continuar ambos progenitores madre y padre o mujer gestante y pareja, con el uso de fármacos, drogas legales e ilegales, tabaco o alcohol por razón de daño a la salud física y mental de ambos y por ende del concepto.
 - f) No atender ni ejecutar las recomendaciones médicas de prevención, cambio de hábitos, eliminación de adicciones y tratamientos médicos específicos
 - g) No aceptar, ignorar o retrasar la recomendación de intervención médica o traslado a un hospital, en caso de riesgo inminente o complicaciones de parto.
 - h) No autorizar la intervención quirúrgica que sea requerida en opinión del médico a cargo, no obstante haber recibido la información de los riesgos y complicaciones del parto que podrían poner en riesgo la salud de la madre y/o la persona por nacer.

i) No trasladarse de manera inmediata a los servicios de salud de su zona o de su elección, para ser evaluada una vez iniciado el trabajo de parto, sin mediar impedimento para ello.

III.- A gozar de estabilidad en el empleo, cargo u ocupación que desarrolle, a no desempeñar jornadas laborales nocturnas, a no ser discriminada por el hecho de estar embarazada, a tener acceso al trabajo en las mismas condiciones que las mujeres no embarazadas, de conformidad con la legislación laboral;

IV.- A ocupar cargos de elección popular en todos los niveles de gobierno o de designación en los órganos de Gobierno del Estado y sus Municipios, en igualdad de condiciones en que lo realizan con los hombres y las mujeres no embarazadas, en los términos de la legislación electoral;

V.- Al acceso y continuidad en la educación, por lo que no podrá restringirse el acceso de las mujeres embarazadas a las instituciones de educación pública o privada;

VI.- A contar con asesoría legal por cualquier acto de discriminación, vejación y vulneración de sus derechos como mujer embarazada. En los casos que se considere necesario, gozará de los servicios de defensoría pública a través del Gobierno del Estado, para interponer los recursos, juicios o medios legales de defensa necesarios para proteger o reivindicar sus derechos; y

VII.- Recibir apoyo psicológico o psiquiátrico durante el embarazo y después del parto cuando se trate de embarazos no previstos, a través del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado y la Secretaría de Salud del Estado, por el tiempo que el especialista señale. Esta ayuda deberá hacerse extensiva al padre, madre y demás familiares, principalmente, cuando la madre sea menor de edad.

Artículo 16.-

Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, la Secretaría de Salud del Estado promoverá campañas de difusión dirigidas a que la mujer y su pareja, se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco, aún como fumadora pasiva, bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas.

Artículo 17.-

Cuando se atienda a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, se deberá establecer contacto con quienes sean jurídicamente responsables de la misma, así como, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. En todos los casos, se deberá de informar a las autoridades Estatales y Municipales de protección de niñas, niños y adolescentes de Nuevo León.

Artículo 18.-

En el caso de mujeres embarazadas diagnosticadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, contarán además con atención especializada a efecto de garantizar su salud y la del niño o niña en gestación, otorgando las mejores condiciones de atención médica y cuyo personal deberá contar con la certificación de médico especialista, así como también será informada del riesgo de transmisión vertical de la persona recién nacida al momento de ser alimentado con lactancia materna. Asimismo, se deberá garantizar la confidencialidad de la identidad de la madre, del padre y del niño en todo momento, conforme a la legislación aplicable.

Artículo 19.-

Los derechos de las mujeres embarazadas que se encuentren sujetas a prisión preventiva o pena privativa de la libertad, se regularán bajo lo que establece la Ley Nacional de Ejecución Penal.

Artículo 20.-

Durante el embarazo, se establecen las siguientes prohibiciones: I. En cualquier actividad que desarrolle la mujer embarazada, no podrá ser expuesta al contacto con agentes infectocontagiosos y/o inhalación de sustancias tóxicas volátiles, o a trabajar en áreas con emanaciones radioactivas o contacto con sustancias materiales o fluidos explosivos o peligrosos. Tampoco se les podrá obligar a realizar actividades físicas vigorosas, violentas o de levantamiento de pesos y cargas que pongan en riesgo su salud y la del bebé;

II.- Las mujeres que realicen actividades de pie en su trabajo, contarán con el derecho de tener sillas o asientos cómodos que les permitan reducir el agotamiento y los riesgos de salud inherentes; y III.- No se podrá negar el acceso a mujeres embarazadas con hijos en primera infancia, a los establecimientos mercantiles de acceso al público, bajo regulación del Estado o los Municipios, exceptuando las prohibiciones fundadas y acreditadas en la misma ley o que pongan en riesgo su salud o la de sus hijos.

CAPÍTULO V. DEL PARTO HUMANIZADO Y LA MATERNIDAD DIGNA

Artículo 29.-

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, deberá ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución por parte del Sistema Estatal de Salud.

Artículo 30.-

En todas las instituciones de salud, públicas o privadas, se deberán aplicar los procedimientos necesarios para la atención del parto, favoreciendo la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto, siguiendo las guías médicas vigentes, así como las recomendaciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA22016.

Artículo 31.-

En los casos de mujeres primigestas, se procurará la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo. Cuando las condiciones del embarazo no presenten riesgo (sic) y la mujer decida tener parto por cesárea, su voluntad finalmente se deberá respetar.

Artículo 32.-

El personal de las instituciones de salud, en las que se brinde servicios de ginecología y obstetricia, no deberá discriminar o ejercer algún tipo de violencia hacia la mujer durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

Artículo 33.-

Se presumirá violencia hacia la mujer toda conducta u omisión por parte del personal que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad mediante:

I.- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas;

II.- No otorgar información suficiente sobre los riesgos de la cesárea de conformidad con la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud;

III.- Revisiones y prácticas de salud que consideren personal adicional no necesario; IV.- La imposición de métodos anticonceptivos sin mediar consentimiento de la mujer, o en caso de ser menor de edad, de su tutor;

V.- La práctica del parto vía cesárea existiendo posibilidad para efectuar parto natural y sin haber obtenido la renuncia voluntaria expresa e informada a la mujer de esta posibilidad;

VI.- 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;

VII.- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o amamantarlo inmediatamente al nacer;

VIII.- Promover fórmulas lácteas en sustitución de la leche materna; y

IX.- Todas aquellas previstas por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y en la Ley Estatal correspondiente.

Artículo 34.-

La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural deberá promoverse en los establecimientos para la atención médica. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y de la persona por nacer, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención.