



BUENOS AIRES, 14 JUN 2019

VISTO las decisiones A/RES/70/1, A/RES/70/163, A/HRC/33/L.17/Rev.1, A/RES/72/181, de las Naciones Unidas, y la Res. N° 1992/54, reafirmada por la Asamblea General por Res. N° 48/134 de 1993, la Declaración Americana de los Derechos del Hombre (artículos VII y XI); la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 3, 8 y 25); el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12.1 y 12.2); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 24.1); la Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 4.1 y 5, numeral 1, 19 y 26), la Convención de los Derechos del Niño (artículos 6, 23, 24 y 26), la Convención Internacional sobre todo tipo de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia hacia la Mujer (OEA), las Leyes N° 23.179, N° 23.592, N° 23.849, N° 24.417, N° 24.632, N° 25.673, N° 25.929, N° 26.061, N° 26.171, N° 26.485, y N° 26.529, entre muchas otras.

Y CONSIDERANDO

Que la Asamblea General de Naciones Unidas publicó el 21 de octubre de 2015 el documento A/RES/70/1, concretamente la Resolución que aprobó la "Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En su punto 20, sostiene que: *"La consecución de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas contribuirá decisivamente al progreso respecto de todos los Objetivos y metas. No es posible realizar todo el potencial humano y alcanzar el desarrollo sostenible si se sigue negando a la mitad de la humanidad el pleno disfrute de sus derechos humanos y sus oportunidades ... Se eliminarán todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y las niñas, incluso mediante la*



participación de los hombres y los niños. La incorporación sistemática de una perspectiva de género en la implementación de la Agenda es crucial.”.

Que, a su turno, la Resolución A/RES/70/163 “*Alienta a las instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos establecidas por los Estados Miembros a que sigan desempeñando una función activa en prevenir y combatir todas las violaciones de los derechos humanos que se enumeran en la Declaración y el Programa de Acción de Viena y en los instrumentos de derechos humanos internacionales pertinentes...*”; y la Resolución A/HRC/33/33 recomienda a las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos a “*...cooperar de manera regular y constructiva con los órganos estatales pertinentes para promover la incorporación de cuestiones de derechos humanos en las leyes, las políticas y los programas ... a desarrollar, formalizar y mantener la cooperación con las organizaciones de la sociedad civil y fortalecer su capacidad para participar de manera significativa en la promoción y protección de los derechos humanos.*”.

Que en ese aspecto, la misión impuesta por el artículo 86 de la Constitución Nacional y en virtud del mandato que se le reconoce conforme los “Principios de París” adoptados por la Comisión de Derechos Humanos de ONU por Res. N° 1992/54 reafirmada por la Asamblea General por Res. N° 48/134 de 1993, nuestra Defensoría, como Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH), participa por derecho propio en todo el sistema de promoción y protección de los derechos y libertades fundamentales universalmente reconocidas en la Carta Internacional de Derechos Humanos y demás tratados y convenciones internacionales.

9 Que, en ese contexto, nuestra Institución creó el 30 de diciembre de 2015 el *Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030*, a fin de colaborar con las Naciones Unidas y con las



autoridades públicas de nuestro país para lograr el cumplimiento de las 169 metas de esa Agenda, por parte del Estado Nacional.

Que la dinámica del *Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030* durante los años 2016, 2017 y 2018 demostró que su creación nos permitió, como INDH, darle un marco estratégico al seguimiento y evaluación de la Agenda 2030.

Que en lo que aquí interesa, dentro del *Programa* se inició la actuación N° 8314/15, en función del **Objetivo 5**, para conocer las políticas públicas llevadas a cabo y las próximas a realizarse en materia de parto respetado y violencia obstétrica, a la luz de las disposiciones de las Leyes N° 25.929 y N° 26.485.

Que, con idéntico compromiso, el 23 de mayo de 2018 el Defensor del Pueblo de la Nación creó el *Programa sobre Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica*, cuya finalidad es identificar, intercambiar, promover y evaluar las políticas públicas respecto al efectivo cumplimiento de la Ley N° 25.929 y las leyes provinciales de adhesión, y en su caso formular recomendaciones o exhortaciones al Estado Nacional y a los Estados Provinciales.

Que, además, dicho *Programa* tiene por finalidad verificar el efectivo cumplimiento de esas leyes por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, como así también su cumplimiento por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga.

Que, recientemente, el 15 de abril de 2019 nuestra Institución dictó la Resolución DPN N° 00036/19 con la finalidad de promover y difundir la normativa nacional e internacional que protege a la persona gestante, al neonato y a su entorno familiar, en el proceso del embarazo, parto, y posparto.



Que en dicha Resolución se hizo especial hincapié en las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), a las que se hará referencia *infra*, pues, en definitiva son las que motivan el dictado de la presente.

Que, previo a ello, cabe recordar que en el año 1985 la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto.

Que la Conferencia se realizó en Fortaleza, Brasil, y allí se formularon sendas recomendaciones, tales como que: *“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención; y que: Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.”*.

Que, así fue que se formularon *“Recomendaciones generales: los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado; los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto; toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera; la formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto; la formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.”*.

7. Que, también se formularon *“Recomendaciones específicas: para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal; el equipo sanitario también*



debe prestar apoyo emocional; el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible; la observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos; no puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15% de cesáreas; no hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea; no está indicado rasurar el vello pubiano o administrar una enema antes del parto; no se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación; cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo; la inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas; ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones; debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.”.

Que no debe olvidarse tampoco que en el año 2018 la propia Organización Mundial de la Salud, elaboró la Directriz “Recomendaciones de la OMS - Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.” (Número de referencia OMS: WHO/RHR/18.12).

Que la OMS en su Introducción señala que: “Esta directriz aborda ... e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso



fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés.”.

Que añade: “Que, en este punto señala la OMS que “Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto.”.

Que agrega que: “Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos. La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.”.

Que esa Directriz aborda las siguientes etapas: **Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento; Período de dilatación; Período**



expulsivo; Alumbramiento; Atención del recién nacido; y Atención de la mujer tras el nacimiento.

Que en el año 1986 la Organización Mundial de la Salud estableció siete (7) *Condiciones obstétricas y neonatales esenciales* (CONE) que deben cumplirse en todos los servicios que asisten partos, cualquiera sea su nivel de complejidad.

Que ellas son: 1. **Quirúrgica y procedimientos obstétricos:** poder realizar cesáreas, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de placenta, legrado por aborto incompleto; 2. **Anestésica: general y regional;** 3. **Transfusión de sangre segura:** determinar grupo y factor Rh, prueba cruzada, contar con banco de sangre o reserva renovable; 4. **Tratamientos médicos:** para resolver shock, sepsis, eclampsia; 5. **Asistencia neonatal inmediata:** recepción y reanimación cardiopulmonar, control térmico; 6. **Evaluación del riesgo materno y neonatal:** listados de factores de riesgo obstétricos y neonatales para derivación al nivel de complejidad adecuado; y 7. **Transporte oportuno al nivel de referencia:** teléfono / radio y vehículo permanente.

Que esas *Condiciones* han sido receptados por nuestro país por Resolución N° 348/2003 (y su complemento N° 495/2014) del entonces Ministerio de Salud de la Nación.

Que su Anexo dispone que: “La presente norma de Organización y Funcionamiento se inscribe en el marco de las políticas del Ministerio de Salud y dentro del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Tiene por objeto mejorar la organización y funcionamiento de servicios de maternidad dedicados a la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Promueve la idea de que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones ‘Centradas en la Familia’. Enfatiza en la necesidad de dar



adecuada inclusión a las evaluaciones preconceptionales, la detección temprana del embarazo, la identificación de potenciales problemas prenatales en términos de salud y nutrición, la categorización de riesgo y la atención en la institución que provea el nivel de cuidados necesarios para la madre y su hijo.”

Que, recientemente, el 22 de abril de 2019, el señor Secretario de Gobierno de Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, dictó la Resolución N° 670/2019, pues, *“...a la vista del tiempo transcurrido de la entrada en vigencia de la susodicha Resolución Ministerial N° 348/2003, es menester revisar la misma, incorporando nuevas características y requisitos a las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) que se constituyan como un conjunto de requisitos básicos que deben contar todos los establecimientos de salud habilitados para la atención de nacimientos pertenecientes a todo el sistema de atención de salud.”*

Que en primer lugar cabe señalar que su artículo 2° dispone que: *“Establézcase que las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) aprobadas por el artículo anterior serán aplicables a los establecimientos sanitarios públicos nacionales, a los establecimientos sanitarios donde se atienden partos que sean objeto de fiscalización por parte de este MINISTERIO, y a aquellos donde se atienden partos de beneficiarios de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud enmarcados en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, las Entidades de Medicina Prepaga (Ley N° 26.682), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Ley N° 19.032), la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y las Obras Sociales Universitarias (Ley N° 24.741).”*

7. Que, en segundo término, su Anexo indica lo que sigue: *“Las instituciones habilitadas para la atención del nacimiento perteneciente a todo el sistema de atención de salud, sin excepción, deben contar con las siguientes*



condiciones obstétricas y neonatales esenciales: **1. Condiciones Quirúrgicas y procedimientos obstétricos:** Toda institución donde se producen nacimientos debe contar con un profesional de guardia activa con capacidad para realizar cesáreas, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, fórceps, ventosa, extracción de placenta, aspiración manual endouterina por aborto incompleto y cirugía de embarazo ectópico. **2. Disponibilidad anestésica:** La institución deberá contar con profesional que realice anestesia general y regional. Las instituciones de Nivel III (A o B) deberán contar con profesional anestesiólogo de guardia activa las 24hs. Las instituciones de Nivel II deberán asegurar la presencia de un anestesiólogo presente en cada nacimiento independientemente de la vía del parto. **3. Transfusión de sangre segura.** La institución contará con profesionales que puedan determinar grupo y factor Rh, y/o prueba cruzada. La institución debe contar con banco de sangre o reserva renovable y recurso humano técnico o profesional de guardia activa. **4. Tratamientos médicos maternos:** Los profesionales que atiendan a las mujeres durante el embarazo, parto y/o puerperio deberán poder implementar el tratamiento de eclampsia/preeclampsia, hemorragia postparto y shock en cualquiera de sus formas según normativas o recomendaciones vigentes de este ministerio, al momento de ocurrido el evento **5. Asistencia neonatal inmediata:** Todos los profesionales que realicen la recepción de un recién nacido deberán poder realizar asistencia en la transición a la vida extrauterina y control térmico del recién nacido y deberán acreditar capacitación en Reanimación Cardiopulmonar neonatal por una institución oficial reconocida. **6. Evaluación del riesgo materno y neonatal:** Cada institución deberá contar con listados de factores de riesgo a la vista y acorde al nivel de categorización, tanto para la mujer en estado grávido puerperal como para el niño por nacer. **7. Transporte oportuno al nivel de referencia:** Todas las instituciones deberán contar con medios de comunicación: teléfono/radio; y con vehículo permanente para traslado según



necesidad, y acorde a las Normativas vigentes. Se recomienda que cada jurisdicción disponga de una Red Sanitaria de transporte y traslado según niveles de complejidad.”.

Que, finalmente, su artículo 3° invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a incorporar las CONE como requisitos básicos para el funcionamiento de establecimientos de salud de nivel II y III donde se atiendan partos, públicos o privados, en su jurisdicción; y su artículo 6° dispone la difusión de las CONE “...a fin de asegurar [su] máximo conocimiento y aplicación.”.

Que todo lo expuesto debe ser armonizado con el documento elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación (2018), titulado “REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN LA ARGENTINA. Barreras, experiencias y avances en el proceso de Regionalización Perinatal (Conclusiones a partir del II Encuentro Nacional de Regionalización del Cuidado Perinatal desarrollado en la Ciudad de Buenos Aires, los días 31 de octubre y 1° de noviembre de 2017)”, resulta de claridad meridiana cuando informa que: “Existen numerosas definiciones para conceptualizar la Regionalización Perinatal. Todas involucran la relación entre el cuidado que requieren la embarazada o el feto y el nivel de atención que les corresponde según el riesgo. Como figura en la Resolución N° 348/2003 del Ministerio de Salud de la República Argentina, es necesario dar adecuada inclusión a las evaluaciones preconcepcionales, la detección temprana del embarazo, la identificación de potenciales problemas prenatales en términos de salud y nutrición, la categorización de riesgo y la atención en la institución que provea el nivel de cuidados necesarios para la madre y su hijo. En consecuencia, como se desarrolla extensamente en diferentes partes de este documento, la Regionalización de la Atención Perinatal implica el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno-perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado



de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos; utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.”.

Que además refiere que: *“Uno de los objetivos del II Encuentro Nacional de Regionalización de la Atención Perinatal fue evaluar el grado de implementación de la estrategia de Regionalización de la Atención Perinatal en la Argentina, en cuanto a su desarrollo particular para cada jurisdicción. Se propuso hacer partícipes de este trabajo a todos los niveles de atención que integran el subsistema público de salud. Para ello fueron convocados, además de los equipos y responsables del área materno-infantil, los responsables a nivel central del Primer Nivel de Atención y de los hospitales de cada provincia. Esto permitió que todos los encargados de gestionar las políticas públicas del área materno infanto-juvenil estuvieran presentes, aportando sus miradas y experiencias concretas. Para lograr una mayor participación de los principales actores responsables, se priorizó el trabajo a nivel de las jurisdicciones, organizando los debates en grupos por Región (Centro, Cuyo, AMBA, Patagonia, NEA y NOA). Al reconocer que el trabajo a nivel nacional tiene una dimensión rectora, el propósito tuvo vinculación con reconocer las barreras de diferentes tipos que impiden avanzar o mejorar la Regionalización en cada provincia, entendiendo que el concepto representa un sistema basado en acuerdos de múltiples actores, con intereses e historias institucionales muy disímiles. La intención fue dar plena libertad al debate, repasar el camino recorrido por cada jurisdicción, así como las dificultades que impidieron avanzar en forma efectiva en la Regionalización Perinatal.”.*

7. Que, aunado a ello, y en cuanto a los tipos de barreras a las que se enfrenta el proceso de *Regionalización del Cuidado Perinatal*, informa que ellas son: **“Políticas:** *relacionadas con los condicionamientos de las decisiones*



políticas a nivel nacional, provincial o municipal; con las medidas que se adoptan y no favorecen una correcta regionalización y con las relaciones interjurisdiccionales; **Económicas**: consecuencia, a nivel del Estado, de la falta de inversiones en el sistema, en recursos logísticos y en transporte; y, a nivel poblacional, de la situación socioeconómica y sus condicionantes en la relación sistema de salud-comunidad; **Geográficas**: vinculadas a las características topográficas de cada provincia o región, y a las distancias a recorrer cada una; **Informativas**: derivadas de la carencia, la insuficiencia o las contradicciones de la información en el ámbito del sistema de salud -tanto a nivel político como entre los equipos de salud de los diferentes niveles de atención-, en cuanto a lo que significa la Regionalización Perinatal; **De recursos humanos**: referidas a la falta de profesionales y equipos de salud; a la formación y capacitación de los mismos; a la ausencia de incentivos y los bajos salarios; y a la falta de horas de trabajo en el subsistema público; **Gremiales**: relacionadas con los conflictos y la oposición de los gremios a decisiones que favorezcan la correcta regionalización; **Comunicacionales**: relacionadas con las dificultades para establecer una comunicación formal en las derivaciones (conocer el lugar que ocupa cada actor en la red de atención perinatal), y con respecto a los medios que se utilizan (soportes comunicacionales -correos electrónicos, teléfonos, mensajería de WhatsApp-); **Culturales**: respecto a los usos y costumbres de la población (por ejemplo, 'parir en el lugar donde se vive') y aquellas relacionadas con la cultura organizacional de las instituciones de salud; **De infraestructura**: referidas a la falta de adecuación de los espacios físicos de los efectores de acuerdo a su categorización, y al deterioro o inexistencia de efectores de acuerdo a las necesidades del sistema; **Organizacionales**: las que se vinculan a la incapacidad de organización para conformar redes de atención en el subsector público, en los propios efectores y en la integración de los tres subsistemas (público, privado y de obras sociales).”

7,



Que, sin dudas, el camino a recorrer será arduo para mejorar la prevención, la calidad de atención, y el acceso a los servicios de salud para las madres y recién nacidos, y así disminuir y finalmente erradicar la mortalidad materna, perinatal, neonatal e infantil.

Que, en ese sentido, la Introducción de las nuevas *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* (octubre 2018), nos refiere que: *“La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que las mujeres y las adolescentes sobrevivan al embarazo y el parto, como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad. La visión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un mundo donde ‘todas las embarazadas y todos los recién nacidos reciban una atención de buena calidad a todo lo largo del embarazo, el parto y el período posnatal’. Sin embargo, cerca de 303.000 mujeres y adolescentes murieron como resultado de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto en el 2015. Alrededor de 99% de las defunciones maternas ocurre en entornos de escasos recursos y la mayoría puede prevenirse. De manera análoga, ocurrieron cerca de 2,6 millones de mortinatos [nacido muerto] en el 2015, también sobre todo en medios con escasos recursos.”.*

Que, agrega: *“Sin embargo, hay evidencia de la existencia de intervenciones eficaces de costo razonable encaminadas a la prevención o el tratamiento de casi todas las complicaciones maternas potencialmente mortales y casi dos tercios de la carga de morbilidad materna y neonatal en el mundo podrían aliviarse mediante la adaptación y la utilización óptimas de los hallazgos de investigaciones existentes Pero un enfoque fundamentado en los derechos humanos no sólo consiste en evitar la muerte y la morbilidad, también se trata de fomentar la salud y el bienestar y al mismo tiempo respetar la dignidad y los derechos. La atención prenatal se puede definir como la asistencia prestada por*



profesionales de salud a las embarazadas y las adolescentes, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y también el bebé durante el embarazo. Los componentes de la atención prenatal son los siguientes: el reconocimiento de los riesgos; la prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo o concurrentes; y la promoción de la educación en salud ... La atención prenatal disminuye la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, tanto de manera directa mediante la detección y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el embarazo como indirectamente, con el reconocimiento de las mujeres y las niñas en mayor riesgo de presentar complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, con lo cual se procura la derivación hacia un nivel apropiado de atención.”

Que la realidad argentina demuestra que no todos los servicios que asisten partos cuentan con la infraestructura y los recursos humanos necesarios para cumplir de inmediato con aquellas *Condiciones, Regionalización, y Recomendaciones*; sin embargo, su promoción y puesta en conocimiento del mayor número de actores, contribuirá a garantizar que cada nacimiento que ocurra en nuestro país, lo sea con respeto a las normas legales nacionales e internacionales, siguiendo las Recomendaciones, Directrices y las CONE efectuadas por la OMS, y la Resolución N° 670/2019 (MSYDS), precisamente, en salvaguarda de todos los involucrados: la persona gestante, su pareja, el recién nacido, su entorno familiar, los profesionales de la salud y sus colaboradores, los hospitales, los centros de salud, los servicios que asisten partos, etcétera, así como también las obras sociales y las empresas de medicina prepaga.

Que, en ese sentido, cabe señalar de manera expresa, que nuestra Institución adhiere a la propuesta de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, para que las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires incorporen las CONE como requisitos básicos para el funcionamiento de establecimientos de salud de nivel II y III donde se



atiendan partos, públicos o privados (conforme se ha visto *supra*, artículo 3º de la Resolución N° 670/2019 - MSYDS).

Que en ese sentido resultan alentadores algunos antecedentes.

Que, por ejemplo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde el año 2016, rige la Ley N° 5.637 que en su artículo 1º expresa: “*Objeto: La presente ley tiene por objeto consolidar la regionalización perinatal para la atención de las embarazadas, embarazadas de alto riesgo, niños nacidos, niños que sean considerados de alto riesgo y puérperas en el subsistema público de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad materno neonatal.*”.

Que su artículo 2º indica que: “*Objetivos: Son objetivos de la presente Ley: a. Disminuir la morbilidad materno-infantil a través del desarrollo e implementación de los recursos humanos, físicos y económicos indispensables para garantizar la mayor seguridad materno- neonatal desde el embarazo hasta el puerperio; b. Promover el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios materno-neonatales especializados en el tratamiento de embarazadas y recién nacidos de alto riesgo; c. Fortalecer los mecanismos de coordinación, cooperación y ejecución de las instituciones integrantes del sistema de salud en el marco de la regionalización del sistema de atención perinatal; d. Promover los lineamientos para el manejo estandarizado y prioritario de las emergencias obstétricas (EO) y traslados neonatales; e. Consolidar un sistema de atención prioritaria para pacientes con alto riesgo que se deriven a las Maternidades Nivel III, de acuerdo a lo establecido en el artículo 9º de la presente Ley; f. Asegurar el cumplimiento de las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) que promuevan la humanización del parto; g. Propiciar la adecuación paulatina de los establecimientos de salud en Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF); h. Incorporar la oportunidad de la consejería en Salud Sexual y reproductiva.*”.



Que, a nivel federal, por ante el H. Senado de la Nación, tramita el expediente S-1328/18 *“PROYECTO DE LEY DE MATERNIDAD SEGURA CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL MARCO DE LA REGIONALIZACIÓN PERINATAL”*, que reza en su artículo 1º. *“Objeto. La presente ley tiene por objeto regular las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE), que promuevan la humanización del parto y contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad materno neonatal.”*.

Que su artículo 3 explica: *“Definiciones. A los fines de esta ley se entiende por: a) Maternidad segura centrada en la familia: a las acciones y condiciones necesarias para un embarazo, y un parto seguro y sano garantizando el cumplimiento de la ley 25929 del parto humanizado. b) Condiciones obstétricas y neonatales esenciales - CONE -: recursos humanos, físicos y económicos que indispensablemente deben estar presentes en todos los centros e instituciones donde nacen los niños y niñas, para garantizar la mayor seguridad en la atención maternoinfantil al momento del parto y puerperio. c) Emergencia obstétrica: toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida o la salud de la gestante o de la persona por nacer, antes o después del parto. d) Regionalización perinatal: el desarrollo dentro de cierta área geográfica de un sistema de salud perinatal coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones (hospitales y centros de salud), y sobre la base de las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee, con el fin de alcanzar los objetivos de atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, la utilización máxima de la tecnología requerida y de personal perinatal adecuadamente capacitado. e) Casas de madres: dispositivo próximo a la institución de nivel III con el concepto de vivienda, para el alojamiento de la mujer con un embarazo de riesgo o madres de recién nacidos prematuros o patológicos.”*.



Que, su artículo 5º señala: *“Autoridad de aplicación: La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud, el que debe coordinar sus acciones con los organismos competentes y articular a través del COFESA las acciones vinculadas a la aplicación de esta ley con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”*

Que su artículo 7º dispone: *“Regionalización. La autoridad de aplicación debe promover la optimización de la estructura y coordinación del sistema a través de la distribución regional de los servicios con la indicación del área geográfica de influencia.”*

Que su artículo 18 establece: *“Asistencia a las jurisdicciones. El Estado Nacional a través del COFESA debe promover convenios para acciones de cooperación entre las jurisdicciones y la Nación.”*

Que en sus Fundamentos da cuenta de lo que sigue: *“Nuestro país ha avanzado con acciones concretas en el tema de la salud de la mujer, de sus derechos y de sus oportunidades. Desde el Ejecutivo a través de planes y programas instrumentados con tales objetivos, desde el Legislativo a través de normas que abordaron temas puntuales como el de fertilización asistida e incluso desde el Poder Judicial que en ocasiones se ve impuesto de la necesidad de tomar decisiones en materia de salud. Tenemos algunos indicadores auspiciosos pero es necesario consolidar esfuerzos y articular las diferentes acciones y dimensiones que corresponden a la atención de la mujer embarazada, el parto y el puerperio.”*

7, Que, añade: *“Por otra parte, resulta necesario precisar los términos de maternidad segura, condiciones obstétricas neonatales esenciales, emergencia obstétrica y regionalización perinatal, por lo que se han establecido las correspondientes definiciones, en las que destacamos las CONE como todos los recursos disponibles que necesariamente deben estar dispuestos en todos los establecimientos donde nazcan niños.”*



Que, agrega: *“Respecto de la regionalización perinatal, en tanto que representa una política fundamental para la aplicación de esta ley, creemos que debe implementarse desde la promoción de las redes y de la distribución de los servicios, como mecanismos de mejora de la calidad de atención y de optimización del sistema.”.*

Que, además, por ante la H. Cámara de Diputados de la Nación tramita el expediente 2862-D-2018, *“PROYECTO DE LEY EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL ESPECIAL PARA LA MADRE Y EL NIÑO EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD”.*

Que su artículo 1º expresa: *“Declárase de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina, la promoción de la seguridad social de la madre y el niño en situación de vulnerabilidad y la capacitación profesional en la prevención de la mortalidad materna e infantil, de conformidad con lo establecido por el artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional.”.*

Que su artículo 3º refiere que: *“Son objetivos de la presente ley: a) Prevenir y minimizar factores de riesgos biológicos, psíquicos y socio-económicos que pudieren afectar a la mujer ante un embarazo en situación de vulnerabilidad ... e) Promover el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales en todos los establecimientos de salud que atiendan partos.”.*

Que su artículo 4º dispone que será el Ministerio de Salud la autoridad de aplicación; indicando en su artículo 5º que entre sus funciones debe: *“d) Garantizar el cumplimiento y monitoreo de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.”.*

Que de suma importancia resulta su artículo 8º: *“Incorpórase a la Ley 25.929 de Protección del embarazo y el recién nacido (B.O. 21/9/2004) el artículo 4 bis, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 4 bis. Los hospitales y maternidades que presten servicios de asistencia al parto deben cumplir con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales, a saber: a)*



Procedimientos quirúrgicos obstétricos. b) Procedimientos anestésicos. c) Transfusión de sangre segura. d) Asistencia neonatal inmediata. e) Evaluación de riesgo materno y neonatal. f) Tratamientos médicos de patologías asociadas al embarazo.”.

Que se advierte con facilidad la íntima relación que guardan el derecho a un parto respetado y las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.

Que no puede la presente Resolución ser dictada sin mencionarse el documento Todas las Mujeres - Todos los Niños: “ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (2016-2030)”.

Que, en su prólogo, el entonces Secretario General de las Naciones Unidas, señor Ban Ki-moon, nos explica que: *“En septiembre de 2010 puse en marcha la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño porque consideré que la comunidad mundial podía y debía hacer más para salvar la vida y mejorar el bienestar de las mujeres y los niños. La respuesta obtenida, incluida la iniciativa de múltiple partes interesadas Todas las mujeres, todos los niños, me resultó muy alentadora. Una oleada de nuevos compromisos y actividades de promoción contribuyó a impulsar considerablemente la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. La publicación de esta Estrategia Mundial actualizada para la salud de la mujer, el niño y el adolescente y el acuerdo de los Estados Miembros sobre una ambiciosa Agenda de Desarrollo Sostenible hasta 2030 indican que ha llegado la hora de aprovechar el impulso generado en los cinco últimos años.”.*

Que aclara: *“Los tres objetivos generales de la Estrategia Mundial actualizada consisten en **Sobrevivir, Prosperar y Transformar**. Cuando la Estrategia se aplique plenamente -apoyando los planes y prioridades de los países y aprovechando el impulso de la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños- ninguna mujer, ningún niño y ningún adolescente correrá más riesgo de muerte prevenible por vivir donde viva o ser quien es. Pero poner fin a la*

7.



mortalidad prevenible solo es el comienzo: al contribuir a crear un entorno propicio para la salud, la Estrategia Mundial aspira a transformar las sociedades de manera que las mujeres, los niños y los adolescentes de todas partes puedan realizar sus derechos a alcanzar el grado más alto posible de salud y bienestar. Esto, a su vez, redundará en enormes beneficios sociales, demográficos y económicos.”.

Que ese documento que consta de 108 páginas habremos de resumirlo, muy a nuestro pesar, en sus tres “OBJETIVOS Y METAS alineados con los ODS que han de alcanzarse de aquí a 2030.”.

Que el primero es: “SOBREVIVIR. Poner fin a la mortalidad prevenible; Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por 100 000 nacidos vivos; Reducir la tasa de mortalidad de recién nacidos al menos a 12 defunciones por 1000 nacidos vivos en todos los países; Reducir la mortalidad de menores de cinco años al menos a 25 defunciones por 1000 nacidos vivos en todos los países; Poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades transmisibles; Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud y el bienestar mentales.”.

Que el segundo es: “PROSPERAR. Lograr la salud y el bienestar; Poner fin a todas las formas de malnutrición y atender las necesidades nutricionales de las adolescentes y las embarazadas, así como de las madres lactantes; Garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva (incluida la planificación familiar) y al goce de los derechos correspondientes; Garantizar un desarrollo adecuado de la totalidad de las niñas y los niños en la primera infancia; Reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la contaminación; Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios, medicamentos y vacunas esenciales de calidad.”.



Que el tercero y último es: *“TRANSFORMAR. Ampliar los entornos propicios; Erradicar la pobreza extrema; Garantizar que la totalidad de las niñas y los niños completen la educación primaria y secundaria; Eliminar todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas; Lograr el acceso universal a agua potable segura y asequible y a servicios de saneamiento e higiene; Fomentar la investigación científica, mejorar las capacidades tecnológicas y alentar la innovación; Dotar a todas las personas de identidad jurídica, incluido el registro de los nacimientos; Reforzar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.”.*

Que el citado documento nos recuerda en su punto 4. que: *“La Estrategia Mundial se basa en tratados y compromisos bien establecidos en materia de derechos humanos. La salud de la mujer, el niño y el adolescente se reconocen como derechos humanos fundamentales en varios tratados internacionales, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. También se basa en consensos de nivel mundial, tales como el Programa de Acción acordado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing acordadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, el Examen Ministerial sobre la salud mundial celebrado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, y los acuerdos de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. En el derecho internacional se reconoce que la salud es un derecho humano interdependiente e indivisible de los otros derechos humanos. Entre las intervenciones clave en materia de derechos humanos figuran las relativas a política y legislación, igualdad y no discriminación, prestación de servicios, participación, determinantes subyacentes de la salud, asuntos socioculturales, políticos y económicos, y rendición de cuentas. La aplicación de la Estrategia*



Mundial se fundamentará en la Declaración de Entendimiento Común de las Naciones Unidas sobre la aplicación de enfoques basados en los derechos humanos en la cooperación y la programación para el desarrollo. Asimismo, el Consejo de Derechos Humanos ha formulado orientaciones técnicas prácticas para ayudar a los países a aplicar los principios y normas de derechos humanos en los programas relativos a la salud de la mujer, el niño y el adolescente. Además del cumplimiento de las obligaciones jurídicas, las evidencias indican que el uso de enfoques basados en los derechos humanos tiene un efecto positivo en la salud de esas personas. La evaluación del impacto de dichos enfoques, junto con evaluaciones de impacto centradas en la salud y el desarrollo sostenible, pueden contribuir a mejorar la aplicación y la rendición de cuentas.”.

Que no hay nada más cierto que lo recientemente transcrito, pues, no hay dudas que la persona gestante y el recién nacido se encuentran protegidos por la Declaración Americana de los Derechos del Hombre (artículos VII y XI); la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 3, 8 y 25); el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12.1 y 12.2); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 24.1); la Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 4.1 y 5, numeral 1, 19 y 26) y la Convención de los Derechos del Niño (artículos 6, 23, 24 y 26); la Convención Internacional sobre todo tipo de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), ONU, 1976; la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia hacia la Mujer (OEA, Belém do Pará, 1994); las Conferencias Mundiales sobre la Mujer de Naciones Unidas: México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Naciones Unidas, Viena 1993; la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, Naciones Unidas, El Cairo 1994; las Recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU); las Recomendaciones y

7,



disposiciones dictadas por la Organización Mundial de la Salud; y, finalmente, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), entre otras

Que, a nivel nacional, también protegen a la persona gestante y al recién nacido nuestra Constitución Nacional, y en particular por la Ley N° 23.179 que aprobó la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Ley N° 23.592 que castiga los actos discriminatorios; la Ley N° 24.632 que aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la Ley N° 25.929 de Parto Respetado, la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; la Ley N° 26.171 que aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Ley N° 26.485 de Protección Integral de las Mujeres, la Ley N° 26.529 que reconoce los derechos del paciente en relación con los profesionales de la salud, los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate; la Ley N° 26.743 de Identidad de Género, entre otras.

Que corresponde a esta Defensoría, reitero, como única Institución Nacional de Derechos Humanos (INDH), y como organismo de contralor, velar por el cumplimiento de esas previsiones legales.

Que, conforme se ha manifestado *supra*, los “Principios de París”, aprobados por la Resolución N° 1992/54, y reafirmada por la Asamblea General por la Resolución N° 48/134, señalan que: “*Competencia y atribuciones. 1. La institución nacional [de derechos humanos] será competente en el ámbito de la promoción y protección de los derechos humanos ... 3. La institución nacional tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones: a) Presentar, a título consultivo, al gobierno, al parlamento y a cualquier otro órgano pertinente ... opiniones, recomendaciones, propuestas e informes sobre todas las cuestiones relativas a la promoción y protección de los derechos humanos ... g) Dar a conocer los derechos humanos y la lucha contra todas las formas de discriminación ...*



sensibilizando a la opinión pública, en particular mediante la información y la enseñanza, recurriendo para ello a todos los medios de comunicación.”.

Que, a su turno, la Observación general N° 10 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: *la función de las instituciones nacionales de derechos humanos en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales*, indica que “1. En virtud del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, cada Estado Parte se compromete a adoptar medidas ... para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados ... la plena efectividad de los derechos ... reconocidos [en el Pacto]. El Comité observa que uno de esos medios, que permite adoptar disposiciones importantes, es la labor de las instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos ... 3. El Comité señala que las instituciones nacionales desempeñan un papel que puede ser decisivo en la promoción y la garantía de la indivisibilidad y la interdependencia de todos los derechos humanos ... Es indispensable, pues, que se preste plena atención a los derechos económicos, sociales y culturales en todas las actividades pertinentes de esas instituciones nacionales.”.

Que es motivo central de la Agenda 2030 no dejar a nadie atrás, y la Defensoría del Pueblo de la Nación contribuirá, en lo aquí se decide, a “...mejora[r] notablemente las condiciones de vida de todas las personas y nuestro mundo se transformará en un lugar mejor.” (A/RES/70/1, página 2, *in fine*).

Que, en este contexto, se decide por la presente crear el **Programa sobre las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)**, cuya finalidad será su promoción y difusión en organismos públicos y entidades privadas, así como también coadyuvar, en el marco de nuestras competencias, para que las **CONE** se incorporen como requisitos básicos para el funcionamiento de establecimientos de salud de nivel II y III donde se atiendan partos, públicos o privados.



Que el *Programa* será llevado adelante en el marco de la investigación N° 8314/15, que integra el *Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible-Agenda 2030*, con íntima y directa vinculación con el *Programa sobre Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica*.

Que la dirección y supervisión general del *Programa* queda a cargo del Subsecretario General; y su coordinación a cargo de la Asesoría Legal y Técnica.

Que, por ello la presente Resolución será puesta en conocimiento de la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, de la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS Y PLURALISMO CULTURAL DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, del CONSEJO FEDERAL LEGISLATIVO DE SALUD, del CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES, y de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

Que, igualmente, se notificará a las máximas autoridades sanitarias de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que en el marco de sus competencias informen de su contenido a cada hospital, centro de salud y servicio que asisten partos; con expresa mención que en jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, se enviará, además, a la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD COMUNITARIA, ENTORNOS SALUDABLES Y NO VIOLENTOS, del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES; a la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, y a cada una de las DIRECCIONES EJECUTIVAS de las XII REGIONES SANITARIAS.

Que, además, será puesta en conocimiento de los PODERES LEGISLATIVOS de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Que resulta necesario poner el contenido de esta Resolución en conocimiento de la OFICINA DE LA MUJER DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN.

Que también será comunicada a las DEFENSORÍAS DEL PUEBLO de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Que se notificará a la CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (COMRA), a la FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES, ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN (FAAAAR), a la ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, y a la CÁMARA DE ENTIDADES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO (Adecra+Cedim).

Que, siendo la Defensoría del Pueblo de la Nación la Institución Nacional de Derechos Humanos de la República Argentina, se dará noticia de la presente al PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), a la ALIANZA GLOBAL DE LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE DERECHOS HUMANOS (GANHRI), y a la RED DE DEFENSORÍAS DE MUJERES (RDM) DE LA FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DEL OMBUDSMAN (FIO).

Que se invitará a la sociedad civil en su conjunto, a participar, cooperar y colaborar de manera directa con el desarrollo del *Programa sobre las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)*.

Que, finalmente, será puesta en conocimiento de la COMISIÓN BICAMERAL PERMANENTE DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL H. CONGRESO DE LA NACIÓN.

Que la presente Resolución se dicta de conformidad con lo establecido por el artículo 86 de la Constitución Nacional y la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379, y la autorización conferida por los Señores Presidentes de los bloques mayoritarios del H. Senado de la Nación, como de la Comisión Bicameral

7.



Permanente de la Defensoría del Pueblo, ratificada por su resolución 0001/2014 de fecha 23 de abril de 2014, y nota del 25 de agosto de 2015 del señor Presidente de dicha Comisión Bicameral que ratifica las mismas facultades y atribuciones otorgadas al Secretario General en la persona del Subsecretario para el supuesto de licencia o ausencia del primero.

Por ello,

EL SUBSECRETARIO GENERAL DEL
DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Créase el ***Programa sobre las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)***, cuya finalidad será su promoción y difusión en organismos públicos y entidades privadas, así como también coadyuvar, en el marco de nuestras competencias, para que las CONE se incorporen como requisitos básicos para el funcionamiento de establecimientos de salud de nivel II y III donde se atiendan partos, públicos o privados.

ARTÍCULO 2º. Poner en conocimiento de la SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, de la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS Y PLURALISMO CULTURAL DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA NACIÓN, del CONSEJO FEDERAL DE SALUD, del CONSEJO FEDERAL LEGISLATIVO DE SALUD, del CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES, y de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen corresponder.

7. ARTÍCULO 3º. Poner el contenido de la presente Resolución en conocimiento del MINISTERIO DE SALUD DE LA **CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**, de los MINISTERIOS DE SALUD de las siguientes provincias, a saber: **BUENOS**



AIRES, CATAMARCA, CÓRDOBA, CHUBUT, ENTRE RÍOS, JUJUY, LA PAMPA, LA RIOJA, NEUQUÉN, RÍO NEGRO, SAN LUIS, SANTA FE, SANTIAGO DEL ESTERO, y TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA, E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR, de los MINISTERIOS DE SALUD PÚBLICA de las provincias de: CHACO, CORRIENTES, MISIONES, SALTA, SAN JUAN, y TUCUMÁN, del MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, del MINISTERIO DE SALUD, DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, y del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ, para que en el marco de sus competencias informen de su contenido a cada hospital, centro de salud y servicio que asisten partos.

ARTÍCULO 4º. Poner en conocimiento de la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD COMUNITARIA, ENTORNOS SALUDABLES Y NO VIOLENTOS, del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, el contenido de la presente Resolución.

ARTÍCULO 5º. Poner en conocimiento de la DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA EN SALUD del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES y de las DIRECCIONES EJECUTIVAS de las XII REGIONES SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, el contenido de la presente Resolución.

ARTÍCULO 6º. Poner el contenido de la presente Resolución, en conocimiento de los PODERES LEGISLATIVOS de las provincias, a saber: H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA, H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA, H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES, H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DEL CHACO, H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE

7.



CHUBUT, H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **ENTRE RÍOS**, H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE **FORMOSA**, H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE **JUJUY**, H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **LA PAMPA**, H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE **LA RIOJA**, H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **MENDOZA**, H. CÁMARA DE REPRESENTANTES DE LA PROVINCIA DE **MISIONES**, H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL **NEUQUÉN**, H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE **RÍO NEGRO**, H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **SALTA**, H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **SAN JUAN**, H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **SAN LUIS**, H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **SANTA CRUZ**, H. CÁMARA DE SENADORES y H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **SANTA FE**, H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE **SANTIAGO DEL ESTERO**, H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE **TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA, E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR**, y H. LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE **TUCUMÁN**.

ARTÍCULO 7°. Poner el contenido de la presente Resolución, en conocimiento de la H. LEGISLATURA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

ARTÍCULO 8°. Comunicar la presente Resolución a la OFICINA DE LA MUJER DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN.

ARTÍCULO 9°. Poner en conocimiento de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES, de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DEL CHACO; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE CHUBUT; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA



PROVINCIA DE JUJUY; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO; de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN; y de la DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, el contenido de la presente Resolución, a los fines que estimen corresponder.

ARTÍCULO 10. Poner en conocimiento de la CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (COMRA) y de la FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES, ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN (FAAAAR), el contenido de la presente Resolución.

ARTÍCULO 11. Poner en conocimiento de la ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA, y de la CÁMARA DE ENTIDADES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO (Adecra+Cedim), el contenido de la presente Resolución.

ARTÍCULO 12. Comunicar la presente Resolución al PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD).

ARTÍCULO 13. Comunicar la presente Resolución a la ALIANZA GLOBAL DE LAS INSTITUCIONES NACIONALES DE DERECHOS HUMANOS (GANHRI), y a la RED DE DEFENSORÍAS DE MUJERES (RDM) DE LA FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DEL OMBUDSMAN (FIO).

9 ARTÍCULO 14. Invitar a la sociedad civil en su conjunto, a participar, cooperar y colaborar de manera directa con el desarrollo del *Programa sobre las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)*.

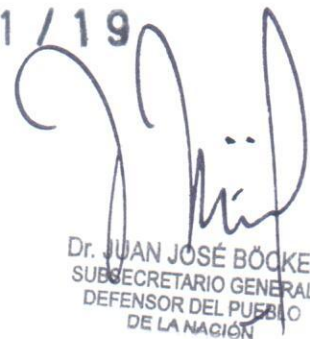
ARTÍCULO 15. Poner en conocimiento de la COMISIÓN BICAMERAL PERMANENTE DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL H. CONGRESO DE LA



7. NACIÓN, el contenido de la presente Resolución, en función de lo dispuesto por el artículo 30 de la Ley N° 24.284, modificada por la Ley N° 24.379.

ARTÍCULO 16. Regístrese, notifíquese y resérvese.

RESOLUCIÓN DPN N° 00061/19



Dr. JUAN JOSÉ BÖCKEL
SUBSECRETARIO GENERAL
DEFENSOR DEL PUEBLO
DE LA NACIÓN