

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO
SUR

PARTICULARES

Nº 019

PERÍODO LEGISLATIVO

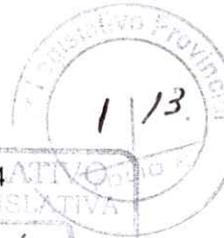
2004

EXTRACTO SEÑORA GIMENEZ Y VELAZCO NOTA ADJUNTANDO PROYECTO
DE LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y PARTERAS.

Entró en la Sesión 06/07/2004

Girado a la Comisión C/B
Nº: _____

Orden del día Nº: _____



Ushuaia 2 de Junio de 2004
SECRETARÍA LEGISLATIVA
23.06.04.
MESA DE ENTRADA
Nº 019 Hs. 11:25
FIRMA

A LAS AUTORIDADES COMPETENTES:

S/D

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. a los efectos de poner en su conocimiento que las abajo firmantes, profesionales Obstétricas o Parteras, residentes en la isla, deseáramos integrar activamente los Equipos de Salud que se encuentren bajo el Programa Materno Infantil de la provincia. Con asombro y desagrado hemos reconocido que en esta hermosa ciudad y provincia, nuestra profesión, avalada y reconocida por la OMS, OPS, Programa Materno Infantil carece del rol y actividad en el área de salud ya sea a nivel asistencial del hospital publico, centros periféricos como así también de la falta de espacios educativos que promocionen tanto la Lactancia Materna Exclusiva, la Procreación Responsable, Preparación Integral para el parto y todos los temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva.

El actual Programa Materno Infantil Nacional propone a las instituciones y profesionales, una toma de conciencia de la importancia de impulsar una transformación de los servicios de salud, sobre las bases teóricas y técnico-operativas de un nuevo modelo de atención de salud integral, que contemple los aspectos bio-psico-sociales del binomio madre-hijo/a y que los mismos se traduzcan en acciones específicas tanto por profesionales e instituciones.

El Programa Materno Infantil incluye a las profesionales Obstetricias o Parteras por ser especialistas en el parto y nacimiento fisiológico y en el desarrollo de la prevención, promoción y cuidado de la salud materno infantil en el campo comunitario, ya que la curricula académica esta basada en las estrategias de Atención Primaria de la Salud, que impulsa el modelo de atención integral, de maternidad natural y humanizada superadora del modelo vigente biológico-mecanicista.

La implementación de las Estrategias de APS según la Normativa mencionada, significa incorporar y reproducir la "Asistencia Primordial de la Salud, que incluye el enfoque asistencial integral de la madre y el niño/a, que constituyen el grupo más numeroso y más vulnerable de la comunidad, y producir acciones destinadas a preservar, proteger y mejorar la calidad de vida."

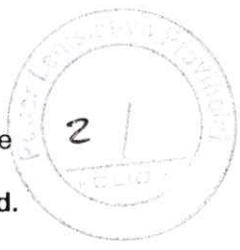
Esta orientación para la atención de la madre y el niño, asienta sobre el concepto de que **El Embarazo no es una enfermedad** y nos acerca a un enfoque respetuoso de la madre y el niño donde el embarazo y el nacimiento son procesos naturales, normales y saludables.

Las profesionales Obstétricas ejercemos nuestra función específica en el Sistema de Salud en las actividades de Control y Asistencia del Embarazo, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo. Las profesionales Obstétricas como Agentes de Salud debemos contribuir a la disminución de la

morbi-mortalidad perinatal, a través del aumento de cobertura y mejorando la calidad de los servicios ofrecidos, en conocimiento de que la mayoría de las complicaciones y muertes asociadas a la etapa materna-perinatal son consecuencia de causas perinatológicas evitables, con el buen control del embarazo, parto y puerperio.

Las profesionales Obstétricas o Parteras como Agentes de Salud, podemos contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno-perinatal, a través de un aumento de cobertura a bajo costo (Tecnologías apropiadas) y ampliando la calidad de los servicios ofrecidos actualmente, ya que estadísticamente los resultados arrojan que la mayoría de las complicaciones y muertes asociadas a la etapa materno-perinatal son consecuencia de causas perinatológicas **evitables** con el control integral del embarazo, parto y puerperio.

Siendo la clave del ejercicio de nuestra profesión fomentar y apoyar los procesos reproductivos en el respeto de su fisiología, desarrollando actitudes positivas hacia y de la mujer y su familia, que ayudan a generar el Protagonismo materno, cuyo resultado será una embarazada y puérpera sana, segura y satisfecha mas que dispuesta a iniciar el amamantamiento precoz y continuo (LME).



El autor Dr. Sergio Ceccetto en Apuntes de la Maternidad Científica lo expresa de la siguiente manera:

No deshumanizar lo humano, No desnaturalizar lo natural, No medicalizar la normalidad.

A tal efecto ofrecemos nuestros servicios y experiencia, a fin de brindar mayores aportes a la atención perinatológica con una perspectiva integral e interdisciplinaria, como así también apoyar los derechos de las mujeres y sus familias, ya que el parto humanizado es considerado un derecho humano básico, expresado por la OMS en El Embarazo no es una enfermedad y en los principios básicos de la bioética, Autonomía, Beneficencia y Equidad hacia las mujeres parturientas y las profesionales Obstétricas o Parteras que debemos ser reconocidas en nuestra profesión.

Esperando una respuesta favorable, saludamos a Ud. muy atentamente.

Adjuntamos para mayor información:

- 16 Recomendaciones de la OMS
- Tecnología Apropiaada para el parto. Declaración de Fortaleza-OMS

Adriana
 ADRIANA OLONISO
 DNI 14688.478

Laura
 LAURA LARA
 DNI 20425483

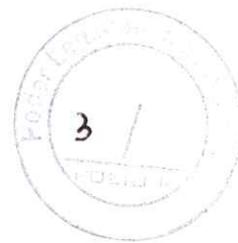
Fabiana
 FABIANA
 CAPRIA FABIANA
 DNI 20.406.859

Ana Gimenez
 ANA GIMENEZ
 DNI 21130366

María C. Delazco
 MARIA C. DELAZCO
 DNI 16374764

Ana Gimenez
 ANA GIMENEZ
 DNI 21130366
 23/6/2004.

María C. Delazco
 MARIA C. DELAZCO
 DNI 16374764
 23/06/04.-



"EL NACIMIENTO NO ES UNA ENFERMEDAD"

16 RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

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

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc.)
- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% sean por cesárea.
- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No está indicado el afeitado de la región púbica ni las enemas preparto.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se las debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal)
- No deben inducirse (Iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
- Debe evitarse durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
- No se justifica científicamente la ruptura artificial de membranas por rutina.
- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.
- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

Estas recomendaciones se tomaron de un informe sobre "Tecnologías de Parto Apropriadas" publicado por la OMS en abril de 1985.



Declaración de Fortaleza

Organización Mundial de la Salud

Tecnología apropiada para el parto

Publicada en Lancet 1985;2:436-437. Traducción ACPAM

En abril, 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. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

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. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

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.

Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.

Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

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.

Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

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. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

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.

Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de

cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.

No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

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

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

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 y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.

Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aplicación de las recomendaciones

Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.

Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto. Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología. Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías.

Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.

La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.

Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.

Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.

Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.

La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor.



EQUIPO DE SALUD: EL ROL DE LA PROFESIONAL OBSTETRICA O PARTERA

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con lo establecido en las Líneas de Acción para el Área Perinatal, contenidas en el Plan Nacional de Acción a Favor de la Madre y el Niño, presentada el día 7 de enero de 1993, en la que se manifiesta lo siguiente: Elaboración de una Propuesta Normativa referente a la Atención del Embarazo, Parto y recién Nacido, en forma consensuada con las jurisdicciones, a tal efecto, la Dirección de Salud Materno Infantil convocó a los Jefes de Programa /materno Infantil de todo el país o sus representantes, al Taller de Consolidación de Normas, efectuado en el Ministerio de Salud y Acción Social los días 28, 29 y 30 de junio de 1993, siendo uno de los participantes, representante de la Pcia. de Tierra del fuego, la Dra. Silvia Stiefkens.

Los aportes y modificaciones a la norma, planteados en los plenarios del Taller por los Jefes del Programa, fueron analizados e incorporados por la Comisión Redactora a la actual Propuesta Normativa Perinatal.

Según Resolución 856, el 29 de octubre de 1993, dentro del marco del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA, implementado por resolución 149, junio de 1993, surge la *Propuesta normativa perinatal, Tomo I, de Atención del embarazo y parto de bajo riesgo y del Recién Nacido*.

En el Compromiso Nacional a Favor de la Madre y el Niño suscripto por nuestro país en el año 1991, se establece como una de las líneas de acción generar una política de recursos humanos que motive y capacite al personal del área materno-infantil, tanto a nivel generacional como operativo, identificando como recursos humanos críticos a desarrollar: enfermeras, obstétricas, gerentes de programación, personal estadístico y administrativo.

Entiende que se requiere una profunda transformación de la estructura de los servicios perinatales, junto con cambios en la actitud del personal de conducción y la redistribución de los roles de los recursos humanos existentes, adaptándolos a los cuidados de Atención Primaria y a la satisfacción de los deseos y necesidades expresadas por la comunidad.



Dentro del recurso humano profesional del área perinatal, la Obstétrica o Partera aparece conformada especialmente para responder a esta política.

Debe siempre tenerse en cuenta que El embarazo no es una enfermedad: su finalidad es el mantenimiento y prosecución de la especie y un acto de tanta trascendencia no podría transcurrir sin tener un personal especialmente adiestrado para atenderlo, como es la profesional Obstétrica o Partera, mientras el mismo conserve sus características de salud. Cuando esta situación es superada por la enfermedad, el medico tiene un amplio campo dentro de la especialidad.

En este sentido la OMS sostiene que la formación y entrenamiento de las Obstétricas o Parteras profesionales debería ser considerado y alentado por los gobiernos miembros. El objetivo es asignar a dichas profesionales nuevos roles en la captación, control y seguimiento del embarazo de bajo riesgo, así como acciones de promoción y protección de la salud en los niveles de atención primaria

A esos efectos propone su capacitación en el diagnóstico de patologías maternas con el objeto de que pueda realizar la referencia adecuada de las embarazadas de riesgo.

También se considera importante preservar el lugar de la partera profesional en la guardia, por entender que es una función indelegable de la misma la vigilancia y conducción del parto de bajo riesgo.

Por ello se deberá integrar sus actividades dentro del Equipo de Salud Perinatal, con roles perfectamente determinados.

La profesional Obstétrica o Partera capacitada puede ser agente de normalización durante el parto, controlándolo también mediante el partograma, donde las curvas de alerta, desarrolladas por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) ponen un freno al manejo no conservador del trabajo de parto.

La profesional Obstétrica o Partera pone en practica lo enseñado a la parturienta durante el Curso de Preparación integral para la Maternidad y contribuye además al cumplimiento de los modernos conceptos de Humanización que viene reclamando la OMS y las Asociaciones de Derechos Humanos.



PLAN DE TRABAJO PROPUESTO

TOTAL DE HORAS: 40

Guardia Activa de 24 hs:

- Recepción y confección de HCL-SIP
- Control y Asistencia de Trabajo de Parto y Parto Normal.
- Control del puerperio y apoyo a la Lactancia Materna Exclusiva.

Actividades de planta (Centros periféricos) 16 hs.

- Control prenatal- Apoyo a la lactancia materna exclusivo
- Preparación Integral para la Maternidad
- Control puerperal – Apoyo y Control de Lactancia Materna Natural.
- Asesoría en Procreación Responsable
- Visitas domiciliarias de mujeres que no pueden concurrir al centro de atención.

TALLERES COMUNITARIOS INTRA Y EXTRA MUROS (Escuelas, Asoc. De fomentos etc.)

- La importancia del parto y nacimiento fisiológico
- Amamantamiento exclusivo. Beneficios
- Adolescencia y Embarazo
- Grupo de apoyo y promoción a la Lactancia Materna Exclusiva
- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- Salud Sexual y Reproductiva. Derechos y obligaciones



PROYECTO DE LEY

PARA LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO

DEL EJERCICIO PROFESIONAL

DE

LAS PROFESIONALES OBSTETRICAS O
PARTERAS

Año 2004

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE
TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL
ATLÁNTICO SUR.**



SANCIONA CON FUERZA DE LEY

**DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS PROFESIONALES
OBSTETRICAS O PARTERAS.**

CAPITULO I

AMBITO DE APLICACIÓN Y DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD

Art.1: La autoridad de Aplicación de la presente Ley será el nivel jerárquico superior en el área de salud del Gobierno de la Provincia.

Art.2: El ejercicio de la actividad profesional de la Obstétrica o Partera en Jurisdicción de la Provincia de Tierra del Fuego, quedara sujeto a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Art.3: Se considerara ejercicio profesional a las actividades que las profesionales Obstétricas o Parteras realicen en la atención de la mujer embarazada, el control del trabajo de parto y asistencia del parto en condiciones normales, así como el control y atención del puerperio inmediato y mediato normales. Es considerado asimismo ejercicio profesional la preparación psicofísica profiláctica del embarazo y post parto y la ejecución de tareas destinadas a la promoción, fomento y/o control de la lactancia materna.

Art. 4: La profesional Obstétrica o Partera podrá ejercer su actividad asistencial, docente y/o de investigación en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios en forma privada y/o instituciones oficiales.

Art.5: Las Obstétricas o Parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio de la mujer o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten. Las obstétricas o parteras no pueden tener en su consultorio instrumental médico que no haga a los fines estrictos de su actuación. Las salas de Maternidad de Hospitales, Sanatorios, Internados y Salas de Primeros Auxilios contarán con dicha profesional.



CAPITULO II

CONDICIONES PARA EL EJERCICIO

Art.6: El ejercicio de la Obstetricia solo se autoriza a las personas que hayan obtenido reconocimiento académico de Obstétrica o Partera en su carrera universitaria, previa inscripción en la matrícula correspondiente.

En esas condiciones podrán ejercerla:

- 1- quienes posean título válido otorgado por Universidad Nacional, Provincial o Privada, revalidado por Universidad Nacional en su caso.
- 2- quienes posean título válido otorgado por Universidad Extranjera y que hayan revalidado el título por Universidad Nacional.
- 3- quienes posean título válido otorgado por Universidad Extranjera y que en virtud de tratados internacionales hayan sido habilitados por Universidad Nacional.
- 4- Profesionales extranjeras contratadas por instituciones públicas con finalidad de investigación, de asesoramiento o docencia, durante la vigencia de su contrato, no pudiendo ejercer la profesión privadamente.
- 5- Profesionales no domiciliados en el país, llamados por un profesional matriculado, debiendo limitar su actividad al caso para el cual han sido especialmente requeridos y en las condiciones que establezca la reglamentación.

Art.7: La profesional debidamente matriculada deberá ejercer la actividad en forma personal e intransferible, quedando prohibida la cesión o préstamo del título, firma o nombre profesional a terceros sean estos Obstétricas o Parteras.

CAPITULO III

OBLIGACIONES

Art.8: Las profesionales de la Obstetricia se encontraran obligadas, sin perjuicio de las imposiciones que establezcan otras disposiciones vigentes a:

- 1- Prestar la colaboración que le sea requerida por el Poder Ejecutivo, a través de la Secretaria de Salud de la Provincia, en caso de epidemia, desastres y otras emergencias.

- 2-Prestar atención a pacientes indigentes ante su requerimiento.
3-Guardar Secreto Profesional.



Art.9: La profesional Obstétrica o Partera debidamente matriculada desarrollara sus actividades en forma independiente o a requerimiento de profesionales médicos o equipos interdisciplinarios.

Art.10: cumplir estrictamente las normas legales en el ejercicio de la profesión, como también las reglamentaciones internas, acuerdos y resoluciones emanadas de las autoridades de la Secretaria de Salud de la Provincia.

CAPITULO IV

PROHIBICIONES

Art.11: Quedan prohibido a las profesionales de la Obstetricia:

1-Prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente determinen las reglamentaciones que a estos efectos se establezcan y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y puerperio deberá requerir la asistencia de medico, de la preferencia especializado en Obstetricia.

2-Aplicar en actividad profesional, tanto publica como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o científicos reconocidos por la Secretaria de Salud Publica de la provincia.

CAPITULO V

MATRICULA

Art.12: Para el ejercicio de la profesión Obstétrica o Partera en la Provincia de Tierra de Fuego será requisito previo la inscripción en la matricula Nacional y/o Provincial.

Art.13: Estarán inhabilitadas para el ejercicio profesional:

1-Las inhabilitaciones permanentes o transitorias dispuesta por sentencia judicial, por todo el periodo que fije.

CAPITULO VI

RECURSOS

Art.14: Los recursos destinados a la aplicación de la presente Ley:

1-Creación de los cargos correspondientes a profesionales Obstétricas o Parteras en planta permanente del Hospital Regional de Ushuaia y/o centros periféricos, dentro de la categoría profesional.

2-Creación de los cargos correspondientes a profesionales Obstétricas o Parteras en planta permanente del Hospital Regional Río Grande, dentro de la categoría profesional.