



UNA MIRADA SOBRE LOS NACIMIENTOS EN LA ARGENTINA

Mariana Rosa
Silvina García Conto
Laura Calero
Cecilia García Conto

Contexto y Problemática actual

La forma de parir y nacer en la República Argentina está viviendo una revolución. Como toda revolución un clima de confusión se esparce en el aire.

Históricamente, desde hace más de cincuenta años, el nacimiento y la atención prenatal se vive dentro de las instituciones de salud y bajo el mando y comando de los profesionales médicos. Si bien en Argentina, la profesión Obstétrica es el resultado de una educación universitaria de 5 años de duración, el desempeño de las profesionales ha sido relegado en general, al papel de asistente del médico, avalado por una ley anticuada que la considera una actividad de colaboración. Actualmente esta situación está siendo revista y el Congreso Nacional está considerando derogar esa ley vetusta (Ley 17132/ 1967) para actualizar las actividades que pueden legalmente ejercer las obstétricas y que tienen relación absoluta no tan sólo con las incumbencias adquiridas en su formación universitaria, sino además con las consideraciones que la OMS (Organización Mundial de la Salud) alega sobre la profesión como la más adecuada para la atención de las mujeres en su vida sexual, reproductiva y específicamente en el período del nacimiento adjudicándole los mejores resultados obtenibles en la calidad de atención y de salud materno-infantil.

La formación médica tiene como mirada la patología, su detección y tratamiento. Mientras que el objeto principal de la mirada obstétrica es la mujer, la promoción y conservación de su salud. Durante su formación profesional las obstétricas desarrollan su capacidad de detectar patologías así como de prevenirlas, de modo que en caso de detectar su aparición incipiente, inmediatamente realizan la derivación de la mujer al médico, para su tratamiento oportuno y específico, sin dilaciones. Por lo tanto, como vemos, la primera diferenciación entre ambas miradas profesionales, tiene que ver con que la obstétrica interviene acompañando a la mujer en un proceso totalmente fisiológico, saludable y natural desde una postura de calidez y empatía, que sin dejar de lado la vigilancia de su salud física, favorece un proceso normal, dando lugar para que pueda adaptarse a su nuevo estatus de embarazo y luego de maternidad.

Pero cuando la mujer ingresa en las instituciones, su tratamiento pasa a estar bajo la vigilancia médica y lo primero que se hace es una calificación de riesgo, que si bien puede ser adecuada para que su salud sea evaluada correctamente, no es posible luego volver a un estatus de “no riesgo” aún cuando el resultado de las exámenes clínicos y de laboratorio, hayan indicado que todo se encuentra dentro de lo fisiológico y sin riesgos asociados. La mujer entonces, queda inmersa en un circuito médico que no ofrece un tratamiento de empatía, de seguridad o de acompañamiento de un proceso natural.

Hacia el final del embarazo es recién cuando la mujer conoce a la obstétrica que la acompañará en el nacimiento institucionalizado. Nacimiento que se dará en las condiciones en las que el médico y la institución decidan proponer. La calidad de atención profesional de las obstétricas subsumido a la órbita médica, así como la desestimación de las necesidades o deseos de las mujeres, en general, hacen que los resultados perinatales sean muy buenos en cuestión de números crudos (buenos apgar, buenos pesos, etc) pero bastante pobres en cuanto a calidad de servicio vivenciado por las mujeres en cuanto a la satisfacción de sus inquietudes.

Cuando se habla de la institucionalización del nacimiento, hay pocas instituciones donde se respeten los deseos maternos. El poder médico hegemónico es mandatario en el tratamiento de las mujeres que se atienden en el sistema. Sea en hospitales públicos o en

instituciones privadas, las condiciones de atención en cuanto a la libertad y respeto por las elecciones maternas no tienen tanta diferencia.

El derecho a nacer con respeto y en paz, en un ámbito seguro y sin violencias es uno de los derechos esenciales de las personas. Sin embargo, en algunos lugares es difícil de cumplir.

El lugar (la institución de salud) es el que determina la medicalización de este hecho y las intervenciones del equipo médico que, formados en la patología, piensan en términos de curar lo enfermo, prevenir la enfermedad, en el mejor de los casos, pero no en términos de acompañar como profesionales de la salud a un proceso natural y biológico, al que tienen que observar y acompañar para el caso de que algún síntoma o situación requiera de la intervención médica, pero no al revés. Es el proceso del nacimiento el que debe “llamar” a la asistencia del equipo médico, y no éste atropellar el hecho natural del nacimiento con sus intervenciones.

Para el equipo de salud formado en la patología, la asistencia a un parto es un desafío profesional que los coloca en un replanteo de su rol y su función.

En muchas instituciones de salud pública o privada, el cumplimiento de los derechos consagrados y esta mirada “humana” del parto es más voluntaria que organizacional. Es decir que depende del impulso y el compromiso individual de cada miembro del equipo de salud que de una política institucional.

Buscamos la uniformidad del cumplimiento de la norma que, aunque parezca insólito en Argentina es difícil de lograr por la ausencia de sanciones frente al incumplimiento.

Desarrollo de casos

Un ejemplo claro de eso es el tema de las *inducesareas* (término que se utiliza para nombrar aquella indicación velada de cesárea bajo la simulación de una inducción al parto). Esa inducción se desestima prontamente por falta de progresión (que no cumple con los criterios correspondientes) o por riesgo de salud fetal (que en general es solo una excusa pues el niño no está en riesgo real). De este modo se perpetran acciones que pueden considerarse de maltrato o violencia obstétrica pues se trata ni más ni menos que de la ejecución de procedimientos no consentidos inicialmente.

Algunas de las violaciones a los derechos consagrados en las normas de la atención adecuada de las mujeres durante su atención institucionalizada se relacionan con:

- 2) La falta de cumplimiento de estándares profesionales adecuados en su atención y específicamente en relación a la falta de información correcta y completa para tomar una decisión adecuada; a la realización de exámenes físicos sin consentimiento; a la dificultad en el acceso a sistemas de alivio de dolor (muchas veces en el sistema de salud pública) o por el contrario a la inducción compulsiva para la utilización de anestesia peridural, aun cuando no es una elección propia de la mujer (en los sistemas de salud privados); la realización rutinaria de episiotomías bajo lemas como “primigesta = episiotomía” o la realización de cesáreas siempre que haya cicatrices uterinas anteriores, independientemente de las posibilidades reales de un nacimiento natural y del deseo de la mujer.

- 3) La relación distante y sin la empatía necesaria por parte de los profesionales de salud, que muchas veces hacen que la mujer transcurra el trabajo de parto en un clima de ansiedad y desazón que perturba el proceso natural del embarazo y nacimiento. La falta de contención y cuidados, la instalación de la dependencia física y emocional de atención médica en contraposición al empoderamiento y autonomía de la mujer de modo que su participación resulta en una actitud pasiva que acepta las indicaciones inadecuadas como algo a ser cumplido. Por ejemplo: el mantenerse en estado de quietud sujeta a la cama por una vía de suero (innecesaria, pero “reglamentaria en la institución”) y el monitoreo electrónico fetal continuo innecesario cuando se trata de un proceso fisiológico y demostrado con evidencias que es perjudicial en cuanto a los procedimientos que impulsa para la finalización del parto. Así como la prohibición de ingesta alguna, tanto líquida como sólida, independientemente de las horas que dure el trabajo de parto por el posible riesgo de la hipotética necesidad de una anestesia.

- 4) El lenguaje que se utiliza es un tema primordial puesto que es reflejo de la instalación y fortalecimiento del clima de miedo y ansiedad que se adueña del proceso, toda vez que el poder médico e institucional utiliza términos amenazantes y que generan culpa como: *“si no haces lo que te digo tu bebe se puede morir”* - *“si sale algo mal va a ser tu culpa”* - *“si te gustó lo que hiciste ahora aguántátela”* - *“yo soy el que sabe, no me vas a decir a mí lo que hay o no hay que hacer”* y de esta manera desoyen los deseos y necesidades de las mujeres.

- 5) Las limitaciones institucionales muchas veces obedecen a falta de recursos tanto físicos como humanos, materiales o financieros. Pero más grave aún es la falta de revisión de conductas del personal encargado de la provisión de cuidados de salud en cuanto a la ejecución de actos por rutinas que desoye las necesidades particulares de quienes deben recibir la atención, así como el destrato y la cosificación de las mujeres que son examinadas frecuente e irresponsablemente como recursos de aprendizaje por parte de los “residentes” (personal médico y/u obstétrico en formación o especialización) bajo la excusa de tratarse de instituciones de formación universitaria.

- 6) La falta de simuladores que preparen a los alumnos deriva entonces, en las prácticas directamente sobre el cuerpo de las mujeres quienes sin poder de negativa, se ven sometidas a prácticas violentas y totalmente inadecuadas que convierten a la experiencia del nacimiento en una vivencia desagradable y que perturba el proceso no sólo física sino también psicológicamente.

- 7) En cuanto a la utilización de los consentimientos informados para las prácticas médicas o la atención institucionalizada, muchas veces se trata de formularios impresos que no cuentan con la calidad de información completa y adecuada, en modo de explicación clara y fácilmente entendible para la toma consciente de una decisión por parte de la mujer. Pero sin la firma del mismo, no es posible la atención médica. Por lo tanto muchas veces es sólo un trámite de tipo administrativo que se realiza al momento de internarse en la institución.

¿Qué sucede con los nacimientos concretamente en Argentina?

La mayoría de los nacimientos se dan en condiciones no recomendadas por la OMS; de los casos registrados se ve con claridad que esta problemática sucede en clínicas, sanatorios, hospitales, con mujeres de diverso origen étnico, social, etc. Es decir que es una problemática que transversalmente cruza a la sociedad toda.

Podemos decir, que si bien hay una gran cantidad de embarazos que transcurren sin malos tratos o violencias, hay muchos, pero muchos que suceden de otra manera.

Es importante destacar:

- 1) Que no hay cifras oficiales que muestren esto, aunque sí organizaciones privadas, y algunos organismos del Estado que tienen estas cifras en forma dispersa.
- 2) Que hay varios tipos de conductas que se encuadran en este título de violencia obstétrica, desde una violencia verbal o psicológica hasta conductas que pueden constituirse en lesiones graves sobre el bebe o la madre.
- 3) Que la información sobre los derechos de los pacientes en general y de los del nacimiento en particular no están a la vista en ninguna institución, excepto puntuales excepciones.

Pensamos que es una temática compleja porque

- situaciones que se viven obedecen a factores propios de la práctica médica (la conceptualización médica, aunque no general) de que el embarazo es una patología y que el saber médico debe intervenir per se.
- La dinámica propia de las obras sociales o prepagas (sistema de salud privado de Argentina) hace que sea difícil crear un vínculo con la partera y/o el obstetra. Esto hace que todo sea más complejo para ambas partes, según lo pudimos escuchar de los profesionales médicos, porque atienden a una mujer en trabajo de parto sin conocer qué le sucedió, cómo fueron y quienes hicieron los controles prenatales, etc.
- Muchas veces hay tantas personas en la sala de partos que el requisito de la privacidad e intimidad de este momento tan esencial en la vida de las personas, queda como un pedido insólito

Marco Regulatorio

En el año 2004 Argentina sancionó la ley de Derechos de padres e hijos en el Nacimiento: [Ley Nacional 25.929](#). [\Desktop\Violencia Obstétrica Leyes\Legislación\Ley Nacional 25929 files](#).

Algunos de los derechos que esta ley protege son:

- 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.

La conceptualización de violencia obstétrica fue normada en la ley 26.485 del año 2011. [\Desktop\Violencia Obstétrica Leyes\Legislación\Ley 26.485 Violencia contra las mujeres.htm](#) “Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.

Esta ley describe diversos tipos de violencia sobre las mujeres, y entre ellas la violencia obstétrica. En el Art. 6 la define como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”

Con relación a las denuncias por maltrato y violencia obstétrica, existen organismos estatales que las reciben y le dan seguimiento.

Aunque falta la sanción concreta sobre la institución de salud o sobre los profesionales de la salud, porque los mecanismos para dar cumplimiento a esas sanciones aún no están claros o nos e han elaborado.

A nivel social, existen muchos grupos que se van creando sobre violencia obstétrica donde las familias hacen un descargo y existe un acompañamiento entre pares para mitigar las situaciones de dolor, e incluso existen redes sociales donde las mujeres denuncian los malos tratos recibidos ya fuera en instituciones o por profesionales, de modo que se establece un

“registro” informal de lugares o profesionales que no resultan (a sus ojos y en relación a sus propias experiencias) adecuados para ser consultados.

En las instituciones tanto públicas, como privadas no existen departamentos que traten específicamente los casos de violencia obstétrica o maltratos en la atención. Las mujeres que se sienten de alguna manera afectadas tienen la libertad de presentar un escrito al respecto, pero no existen mecanismos de resolución obligatoria o compensaciones económicas, ni garantías de no repetición expresas. La mujer puede incluso recurrir a una denuncia formal en la justicia, pero hasta el momento no existe un sistema de garantías.

En algunas instituciones se está comenzado lentamente a trabajar sobre una nueva forma de atención poniendo a la mujer en el centro de los cuidados. La transformación es lenta y requiere de varias estrategias.

Nuestras propuestas a futuro

En base a todo lo mencionado proponemos lo siguiente:

- 2) Escribir un protocolo de buenas prácticas, tomando como base, tanto el Documento de la OMS, como las normas de salud vigentes, y reclamando el cumplimiento de estas prácticas en los diversos hospitales, sanatorios, institutos de salud, etc.
- 3) La implementación de este protocolo, podría venir de la mano de la información a los usuarios de salud, a través de campañas de difusión pública que visibilice los derechos que les asisten para lograr una internalización de los mismos en la sociedad.
- 4) Otro punto esencial es la detección del personal de salud, que hace tiempo que viene trabajando en esta temática, en su instituto de salud, o sanatorio, y lo hace sin el correspondiente apoyo de las autoridades, a veces porque no lo saben; a veces porque no quieren, pero detectar a estos actores, que pueden liderar un cambio dentro de la institución puede ser una idea que les dé fuerza a los trabajadores de la salud, para llevar a cabo estas prácticas.
- 5) La continuidad del cuidado de la mujer durante su vida reproductiva, en la atención del niño y durante la adaptación del mismo a la vida extrauterina, así como el acompañamiento activo a la familia en su acomodación al nuevo estatus, son responsabilidad de las obstétricas que se han formado para ello a nivel profesional y que tienen la capacidad, habilidad y aptitud para ejercer dichos cuidados. Es necesario que desde el Estado y las instituciones se avalen estas prácticas, facilitando el ejercicio de las mismas y el acceso de las mujeres.
- 6) Los médicos cuentan con una formación exquisita y especializada en la patología y es imprescindible contar con ellos como el recurso más valioso frente al desarrollo de

la enfermedad y la aparición del riesgo, ya fuera éste, materno o fetal. Puesto que la disminución de la morbilidad materno infantil debe ser prioridad en todas las sociedades. Y por ello la división de responsabilidades debe ser respetada de modo de no caer en un tratamiento inadecuado de las mujeres al momento de su acompañamiento en el nacimiento de sus hijos.

- 7) La reestructuración de la parte edilicia es muchas veces necesaria, pero no siempre con altos costos. En algunos casos con una redistribución de los elementos o con la reacomodación de los recursos con los que se cuentan y otros pocos adicionales, pueden lograrse ambientes más adecuados.
- 8) Sí es necesaria y muy importante, la capacitación de todo el personal que trabaja en la atención de las mujeres, con esta mirada de protección en sus derechos.
- 9) La perpetuación de un estilo inadecuado de atención que estuvo centrado en el poder médico- institucional, en lugar de la mujer, el nacimiento y el niño, necesita de una transformación de base. Bajo la guía de un acompañamiento profesional acorde, esta transformación debe trabajarse a partir de los recursos humanos en actividad y a través de la búsqueda interna de valores que comulguen con el nuevo paradigma. Logrando una transformación personal es como puede conseguirse plasmar un nuevo modelo de atención.
- 10) El trabajo de capacitación en el uso de nuevos recursos para la atención centrada en la mujer desde el respeto primordial de la fisiología del nacimiento, resulta imperiosa y es posible de realizar si se instalan programas educativos acordes.
- 11) También es importante que cuando las mujeres ingresen al sistema de salud, pueda realizarse un triage que divida a aquellas que no necesitan una atención médica especializada de las que sí lo necesitan. Esto permitirá que las obstétricas puedan trabajar con las primeras, en un ambiente de contención y empoderamiento de cara al parto. Pero para ello es importante poder trabajar junto a la mujer embarazada desde el momento del diagnóstico de embarazo, apoyándola, guiándola, haciéndola fuerte, brindándole herramientas que la conecten consigo misma y le permitan ser, a la hora de parir, las protagonistas absolutas junto a sus hijos.

Creemos que resulta altamente beneficioso poder instalar en las instituciones un programa completo que incluya proyectos como los siguientes:

- Capacitación profesional específica de todo el personal involucrado en la atención de las mujeres durante el seguimiento de su embarazo y el acompañamiento del parto y nacimiento de sus hijos bajo las premisas del paradigma del parto humanizado/respetado.
- Consultorios a cargo de obstétricas orientados a una atención más personalizada, empática, contenedora y que cree y refuerce un vínculo estrecho con las profesionales, pero también con la institución, de aquellas mujeres que presenten un embarazo sin patologías y un desarrollo fisiológico del mismo.
- Curso y talleres de preparación y acompañamiento para el empoderamiento de las mujeres de cara al nacimiento de sus hijos y su crianza.

- Remodelación y recategorización de los espacios destinados al trabajo de parto y nacimiento, así como la vinculación precoz con el recién nacido.
- Promoción abierta a la comunidad, sobre el nuevo paradigma de atención del parto respetado con la mujer y el niño como centro de cuidados, a través de cursos de información y capacitación de modo que se vaya instalando una sociedad educada en el tema.
- Crear programas de capacitación y educación universitaria que utilicen simuladores obstétricos de baja y de alta fidelidad para que las prácticas obstétricas no se realicen sobre el cuerpo de las mujeres sino sobre elementos inertes, y que permitan al mismo tiempo, adquirir toda la expertise necesaria a la hora de actuar frente a una emergencia.
- Crear programas de cuidados continuos que permita gracias al vínculo fundado con la institución en el primer embarazo, favorecer y multiplicar la calidad de atención de la mujer y la familia en su vida futura por contar con mejores herramientas y mayor salud.

Conclusión final

Si bien Argentina cuenta con varias leyes que protegen a las mujeres contra el maltrato y la violencia, e incluso cuenta también con la existencia de una ley de protección del nacimiento humanizado, es necesario una bajada a la práctica adecuada para el cumplimiento de las mismas. Esto requiere de un re-aprender las formas de atención a partir de la visibilización y la concientización de lo que rutinariamente o por hábitos se realiza hoy día y de este modo readecuar, a través de un proceso de adquisición de nuevas estrategias y conductas redescubriendo las maneras de actuar, las habilidades sociales en la atención y consideración del otro en el sistema de salud.

El actual clima de cambios, está logrando que las instituciones comiencen a tener en cuenta las normativas correspondientes para evitar el maltrato y la violencia obstétrica, pero es un camino que recién se está iniciando y la necesidad de pautas claras, capacitación y reestructuración funcional, tanto en relación al recurso humano como al organizacional, es mandatorio.

La mayoría de las mujeres siguen teniendo sus nacimientos en las instituciones de salud y para ello es imprescindible que trabajemos sobre una nueva concepción de la atención en el embarazo, parto y puerperio. Desde el paradigma del respeto por la mujer y el niño, respetando sus necesidades y sus tiempos, la adaptación del sistema de salud debe buscar alternativas para allanar el camino y de este modo conseguir los resultados ansiados.

La especificidad valiosa en la profesión médica implica un enorme costo si se destina su tiempo a la atención de aquellos que no necesitan de sus rigurosas competencias. Y la intervención innecesaria de los procesos normales también expone a riesgos indeseados tanto a las mujeres como a los niños, transformando los procesos fisiológicos en patológicos. Es ahí cuando finalmente la participación activa y urgente del médico especialista se

transforma en imprescindible y por lo tanto, se requiere también, de una infraestructura, recursos físicos y económicos que se aboquen a la resolución del conflicto presentado.

Hoy en día estos recursos están siendo ineficazmente utilizados puesto que, si bien en la mayoría de los casos logran resolver las problemáticas surgidas, el costo de su utilización pudieran haberse evitado al no instalar un sistema de atención iatrogénico en primer lugar a partir de la instauración y activación de la cascada de intervenciones innecesarias.

Por otra parte, la consideración de la mujer en el proceso de nacimiento como el centro de cuidados, su respeto, su autonomía, su poder de decisión. debe ser un punto guía en el desarrollo de la atención en el sistema de salud ofrecido, independientemente del ámbito al que este pertenezca, es decir, público o privado.

Como hemos dicho ya, estamos en un momento de cambios, un momento donde se visibilizan crudamente las situaciones de maltrato y de violencia obstétrica, pero al mismo tiempo, una crisis que nos puede permitir el trazado de un nuevo camino, dar un giro y repensar las estrategias adecuadas para que las nuevas formas de atención hacia las mujeres sean respetadas, brindándoles una oportunidad única de vivenciar con autonomía y poder, su propio parto, el nacimiento de sus hijos, y así comenzar a crear un tejido social que nazca con mayor seguridad y solvencia...

Recordemos que no es sólo sobre ella que se avanza en la violación de los derechos fundamentales, sino también sobre el niño y su familia, entendida ésta por las personas que conforman esa unidad de lazos sanguíneos y de amor.

Es por ello, que consideramos imprescindible el trabajo con una mirada integradora y ampliada que nos permita incluir a todas las personas involucradas, como actores que desconocen los derechos (la totalidad del equipo de salud) y los usuarios del sistema de salud sean estos usuarios primarios (la madre y el niño) o secundarios (la familia, o su entorno).

El foco es el parto y el nacimiento, es la protección de los derechos humanos que nos asisten a todos en esos momentos esenciales en la vida.

Es un tema social, cultural, un tema de salud pública, de educación para la salud y también de derechos consagrados en leyes vigentes y de Tratados Internacionales de los que Argentina es parte.

Es trabajar desde la prevención consciente de acciones o conductas poco sanas y no sólo desde el daño ya provocado.

Porque no es una cuestión de malos y buenos, sino de que entre todos los actores involucrados se pueda cambiar esta realidad, que como es silenciosa y en un ámbito tan privado como es el nacimiento de una persona, no es fácil poner luz para que se empiece a cambiar.

Hay extremos en todos los actores y lo que buscamos es colaborar, sumar, aportar desde la protección de esos derechos para que su vulneración no sea la regla.

Esta transformación creemos que necesita ser acompañada por una mirada ontológica, constructivista y sistémica, que tenga en cuenta cada ser humano que participa de este momento tan importante como es el nacimiento. Todos los integrantes forman un sistema, la mamá que va a dar a luz, su acompañante, los profesionales de salud, así como toda la institución en su totalidad.

Entendemos que, como sistema, cada parte integrante impacta directamente sobre los demás y el sistema en su conjunto. La ausencia de un objetivo común en donde todo el sistema comparta los mismos parámetros, deviene en el logro de un resultado exitoso

solo para alguna de las partes intervinientes y no en un resultado que complete al sistema en su totalidad.

Abordar al ser humano que hace acciones, desde un paradigma donde pueda estar en coherencia con lo que siente, lo que piensa y lo que hace, nos acerca a la posibilidad de mejorar el contexto en el que ocurren los nacimientos en nuestro país y el impacto que este evento genera en nuestra sociedad, de manera que podamos construir un cambio cultural para una vida más saludable, amorosa y pacífica.