

**ASPECTOS JURÍDICOS DE LA ATENCIÓN AL
PARTO: RELACIONES INTERPROFESIONALES Y
DERECHOS DE LAS USUARIAS Y DEL NIÑO
HOSPITALIZADO**

Francisca Fernández Guillén

Murcia, 3 de junio de 2010

CONTENIDO

- RELACIONES INTERPROFESIONALES
- DERECHOS DE LAS USUARIAS Y
- DEL NIÑO HOSPITALIZADO

II. RELACIONES INTERPROFESIONALES: ¿QUIÉN HACE QUÉ EN LA ATENCIÓN AL PARTO?



ESTUDIOS COMPARATIVOS

- MacDorman MF y Singh GK. Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:310-7.
- Fullerton JT, Hollenbach KA, y Wingard DL. Practice styles. A comparison of obstetricians and nurse-midwives. *J Nurse Midwifery* 1996;41(3):243-50.
- Blanchette H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(6):1864-71.
- Hueston WJ y Rudy M. Differences in labor and delivery experience in family-physician- and obstetrician-supervised teaching services. *Fam Med* 1995;27(3):182-87.
- Kaufman K y McDonald H. A retrospective evaluation of a model of midwifery care. *Birth* 1988;15(2):95-99.

MODELO MÉDICO	MODELO TRADICIONAL DE LAS COMADRONAS
<p>Los ginecólogos son cirujanos especialistas en las patologías de los órganos reproductivos de la mujer. Si pensamos que el parto es un proceso fisiológico normal ¿Cómo puede estar a cargo de patólogos?</p>	<p>Las comadronas son especialistas en la fisiología del parto y su formación está orientada a preservarla. Integran los aspectos psicológicos y sociales de la atención.</p>
<p>Su formación está orientada a la intervención para solucionar problemas.</p> <p>El parto se convierte en un evento tecnológico y todo gira en torno al médico y sus intervenciones.</p>	<p>Más que intervenir, prestan apoyo a la madre y realzan su protagonismo.</p> <p>El parto sigue siendo un acontecimiento familiar.</p>
<p>La especialización en los casos de alto riesgo impregna con frecuencia la atención que prestan a mujeres con embarazos de bajo riesgo, a las que no hace ningún bien y puede causar un daño considerable.</p> <p>Sus intervenciones consisten en algo que se le hace a la madre.</p>	<p>Tienen un amplio repertorio de medidas sencillas y no invasivas para solucionar los problemas que puedan presentarse. En general, consisten en algo que la madre hace, no “le hacen”.</p> <p>Ofrecen un tipo de atención flexible e individualizada.</p>
<p>Su trabajo se concentra en determinados aspectos de la salud de la mujer.</p> <p>Fuente: Henci Goer, “Guía de la Mujer Consciente para un parto mejor”</p>	<p>Tienen una perspectiva global de la salud de la mujer al estar versadas en aspectos tales como la depresión postparto, la sexualidad, la lactancia o la menopausia.</p>

LA MATRONA EN EL MODELO SANITARIO FRANQUISTA



Hospital de La Paz en los años 70

EL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 1973

Art. 66

- 1.-Ejercer las funciones de **ayuda al Médico**, cumplimentando las **instrucciones** que reciba del mismo, del Director de la Institución y de la Subdirección Médica o Jefatura Provincial de Servicios Sanitarios, en relación con el servicio.
- 3.-Asistir a los partos y puerperios normales, **de conformidad con las instrucciones** que haya recibido de los especialistas,

EL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 1973

Art. 67

- 1.- Ejercer las funciones de **auxiliar del Médico** cumplimentando las **instrucciones** que reciba del mismo en relación con el servicio.
- 2.- Asistir a los partos normales **en los casos en que por el Médico se haya comprobado la normal evolución clínica de aquellos**, viniendo obligada a avisar al Médico sin pérdida de tiempo y bajo su responsabilidad, en cuanto observe cualquier anomalía en su evolución.
- 5.- Aplicar cuantos tratamientos **sean ordenados por el Médico** en la vigilancia del embarazo y con motivo del parto y puerperio, incluyendo la administración parenteral de medicamentos.
- 9.- Poner en conocimiento de **sus superiores** cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.

EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE 2003

El Estatuto Marco de 2003 **derogó** los artículos 66 y 67 del Estatuto de 1973.

La **Disposición derogatoria** única dice así:

1. *Quedan derogadas, o se considerarán, en su caso, inaplicables al personal estatutario de los servicios de salud, cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan o contradigan a lo dispuesto en esta ley y, especialmente, las siguientes:*

*f) **El Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, de 1973, con excepción de su artículo 151, así como las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.***

La **Disposición transitoria** sexta, titulada “Aplicación paulatina de esta ley”, matiza la derogación:

*“b) Se mantendrán vigentes, **en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas** contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única f).*

LEGISLACIÓN EUROPEA

- Directiva C.E.E. 80/155
- Sentencia Condenatoria contra el Reino de España del Tribunal de Justicia de la Comunidad Económica Europea de 7 de Noviembre de 1991
- **Directiva 2005/36/CE – R.D. 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales**

R.D. 1837/2008

En España, las actividades profesionales de enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona) son las siguientes:

- a) Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.
- b) Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.
- c) Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.

R.D. 1837/2008

En España, las actividades profesionales de enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona) son las siguientes:

- e) Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y **supervisar la condición del feto en el útero** mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.
- f) **Atender el parto normal**, cuando se trate de una presentación de Vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.
- g) **Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico** y, en su caso, asistir a éste;

FUNCIONES DE LOS DIPLOMADOS

El artículo 4.7 de la LOPS establece que el ejercicio de las profesiones sanitarias

“... se llevará a cabo con **plena autonomía** técnica y científica [...] y de acuerdo con los siguientes principios: [...] los criterios de actuación [...] estarán basados en la **evidencia científica.**”

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LOS DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA

“[...] la **dirección**, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería” [y, por extensión, a los enfermeros especialistas corresponde prestar los cuidados propios de su especialidad, que en el caso de las matronas son los recogidos en la Directiva 155/88]

Art. 7.2(a) de la LOPS

CRITERIOS ORGANIZATIVOS EN LAS RELACIONES PROFESIONALES

El artículo 9.3 de la LOPS, dedicado a las relaciones interprofesionales, establece dos tipos de criterios organizativos cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales. Dice así:

*Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales se articulará de forma **jerarquizada o colegiada**, en su caso, atendiendo a los criterios de:*

- conocimientos y competencia, y*
- en su caso al de titulación,*

de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

LÍMITES LEGALES AL CRITERIO JERÁRQUICO

Dice la LOPS en su Art. 4. 5 que

“ Los profesionales tendrán como guía de su actuación [...] el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas [...]”

Art. 17 del Estatuto Marco:

“Los profesionales sanitarios deben negarse a obedecer las órdenes que vayan en contra de:

- la evidencia científica
- lo dispuesto en la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico, y
- las normas deontológicas”

¿CÓMO SE CONJUGAN TODAS ESTAS NORMAS?

¿Cómo conseguimos que cada profesional de lo mejor de sí mismo trabajando en equipo?

¿Dónde y cómo definimos las funciones de cada miembro del equipo?

¿Es posible que, a la luz de la legislación actual, las matronas trabajen conforme a los principios de la profesión?

CÓMO DELIMITAR COMPETENCIAS

La Exposición de Motivos de la ley reconoce que ésta no sirve para delimitar competencias profesionales:

“[...] existe la necesidad de resolver, con **pactos interprofesionales** previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias. Por ello, en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta, sino que establece las bases para que se produzcan estos **pactos entre profesionales** y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucione **de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.**”

Controlar el monitor compete a la matrona, no al ginecólogo

La vigilancia de la monitorización de la parturienta entra dentro de las funciones de la matrona, según la sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza que condena a una matrona por no mantener un control continuo del monitor

La Audiencia Provincial de Zaragoza ha rechazado el recurso interpuesto por una matrona contra la sentencia de un juzgado que le condenaba a pagar una indemnización de más de 80.000 euros por los daños sufridos por un bebé tras el parto.

El fallo achaca a la matrona una falta de control de la monitorización de la embarazada e impide que la responsabilidad se extienda al ginecólogo, ya que aclara que dicha vigilancia no entra dentro

de sus competencias.

La sentencia se centra en el análisis de la actuación de la matrona en las horas previas al nacimiento del niño, pues no se ha demostrado que la monitorización se realizara durante todo el tiempo del parto. Los magistrados confirman la tesis del juzgado de primera instancia que sostiene que por el fatal desenlace que no se esperaba "puede presumirse razonablemente la ausencia de atención debida", pues si se hubiera producido "se podría haber salido

del paso de las eventuales patologías reveladas por la gráfica del monitor que debía controlar el bienestar fetal".

La Audiencia aclara que se habría podido excluir el sufrimiento fetal, pero "no se ha acreditado que la vigilancia y monitorización se realizase de forma incesante o en su caso entre los espacios de tiempo de tolerancia o seguridad".

Entre los argumentos alegados en la demanda, la matrona solicita que de la misma manera que se ha absuelto al

ginecólogo, dicha absolución también se aplique a su actuación. Esta teoría no es asumida por el tribunal, ya que entiende que "la matrona se encontraba en todo momento cercana al escenario donde se produjeron los hechos y actuando en el ámbito propio de su competencia".

En el caso del ginecólogo, su actuación se desempeñó "al final y sin ser advertido de anomalía alguna en el curso de la estancia de la paciente en la clínica".

Otro de los alegatos aducidos por la paciente hace referencia al principio de obediencia debida a las órdenes del especialista, sin embargo, la sentencia no lo admite al dar validez a las declaraciones del ginecólogo que "ordenó la monitorización externa". Además, la propia matrona admite que la historia clínica la elabora el médico a partir de la información que ella le suministra.

II. DERECHOS BÁSICOS DE LAS USUARIAS

I. MARCO LEGISLATIVO BÁSICO

INTERNACIONAL

- CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO RESPECTO DE LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA (CONVENIO DE OVIEDO, en vigor en España desde el 1 de enero de 2000)
- DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS, N.U., 2005

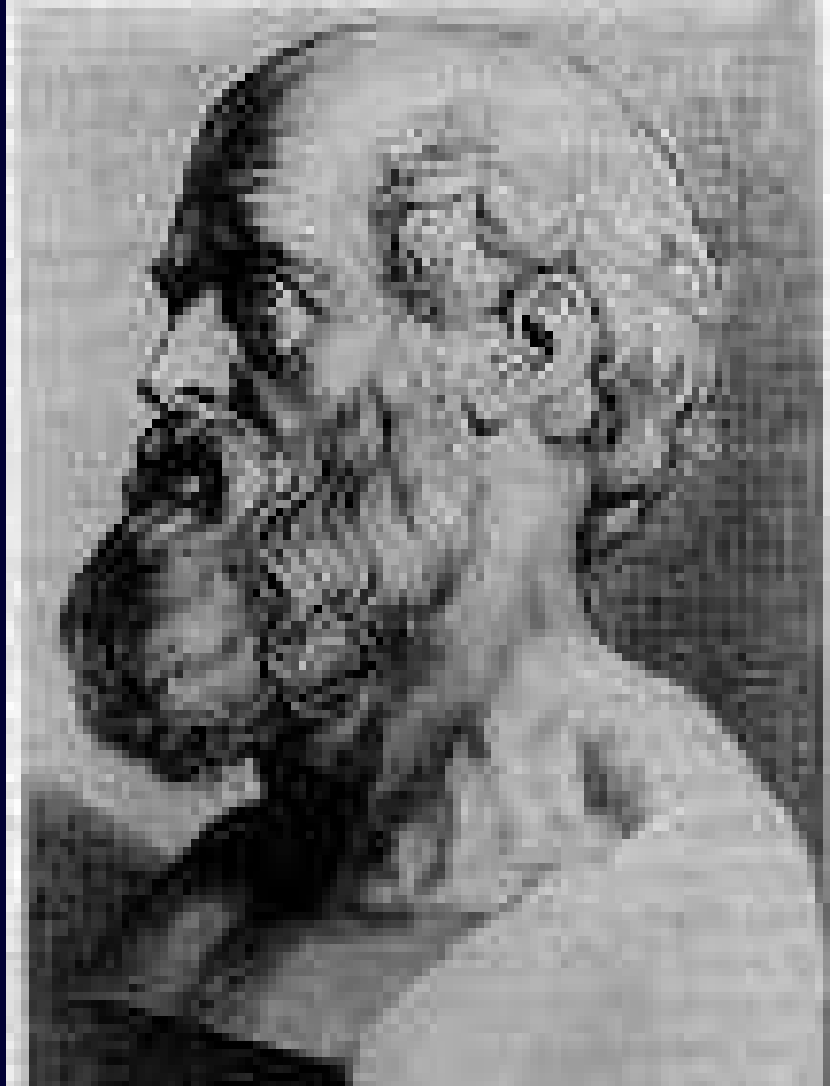
ESPAÑOL

- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, 1978
- LEY GENERAL DE SANIDAD, DE 25 DE ABRIL DE 1986 (LGS)
- LEY BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2002 (LBRAP)
- LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, 2003
- ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 2003
- NORMAS DEONTOLÓGICAS
- NORMAS DE DESARROLLO DE LAS CCAA

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y DERECHOS BÁSICOS DE LOS PACIENTES

- Derecho a la información
- Derecho a la decisión
- Derecho a la elección
- Derecho a la protección de su intimidad
- Derecho a la protección de su dignidad

UN CAMBIO DE MODELO: DEL PATERNALISMO AL AUTONOMISMO



«Juro ayudar al enfermo según mi capacidad y recto entender [...]»

MODELO PATERNALISMO V. MODELO AUTONOMISTA

Modelo paternalista de toma de decisiones:

- Deberes del médico (juramento hipocrático)
- Moral única (definición universal del bien)
- “Objetividad” (o unicidad y universalidad de las indicaciones)

La opinión del paciente es prescindible

Modelo actual de toma de decisiones:

- Toda decisión implica valoración
- Tolerancia y relativismo
- Evidencia científica = complejos causales, alternativas y superación del paradigma mecanicista

Sólo el paciente puede decidir qué es lo mejor para él

MODELOS DE TOMA DE DECISIONES

DETERMINISMO MONOCAUSAL LINEAL

CAUSA ÚNICA

ENFERMEDAD
ESPECÍFICA

TRATAMIENTO
ESPECÍFICO

LÓGICA PROBABILÍSTICA

COMPLEJOS
CAUSALES

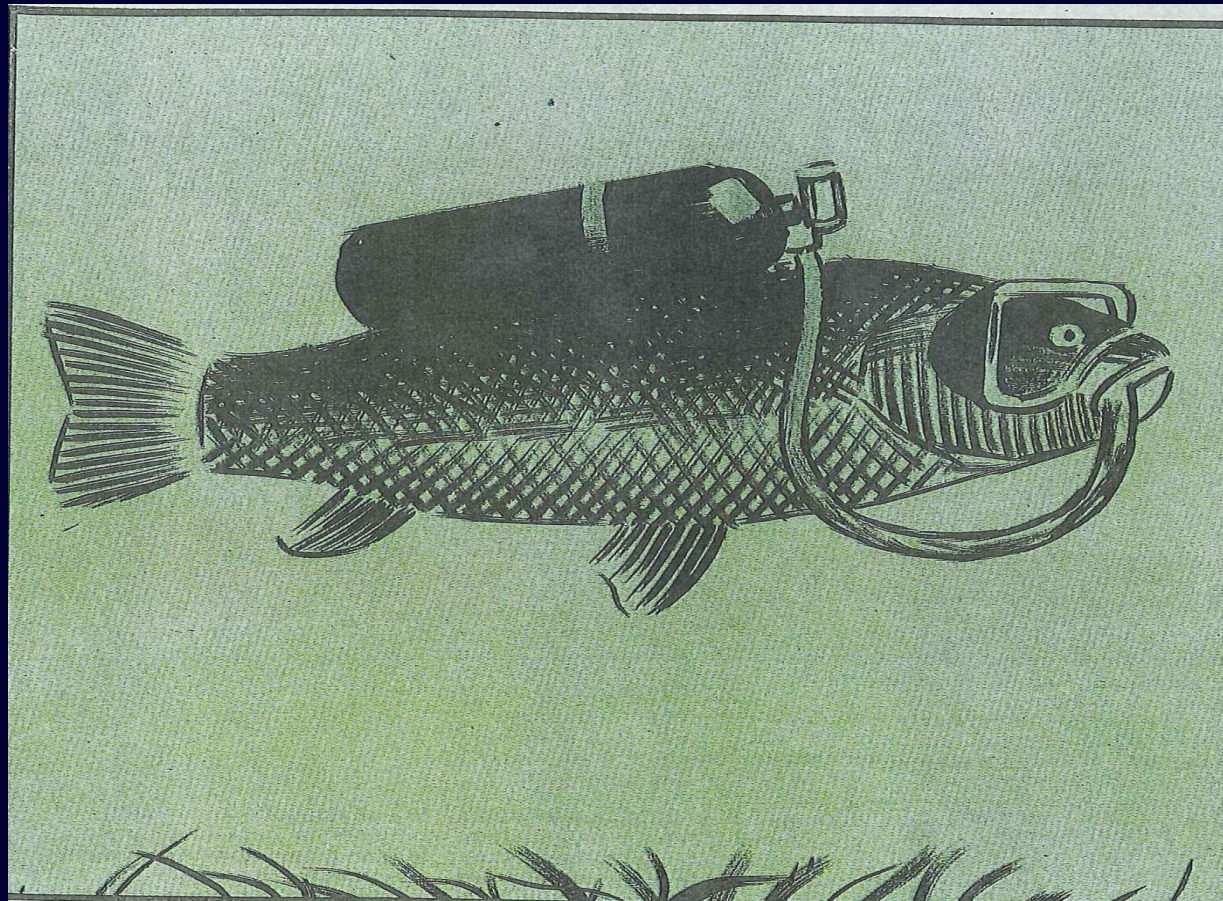
PROBLEMAS
CLÍNICOS

PLANES
TERAPÉUTICOS

VENTAJAS DEL MODELO AUTONOMISTA

- Para el profesional
- Para la usuaria
- Respecto al acto médico
- Respecto a la relación

FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA RELACIÓN PROFESIONAL-USUARIA Y DIFICULTAN EL ACCESO DE LAS MUJERES A UNA ATENCIÓN ADECUADA



- El imperativo tecnológico
- El imperio de “los hechos”
- La “impermeabilidad” del mundo sanitario
- El sistema patriarcal y la tardía emancipación de la mujer en España
- **El paternalismo**
- La desigualdad: ignorancia y falta de poder
- El sesgo de género en la atención y la investigación
- **La medicina defensiva**
- Confusión jurídica
- Los intereses económicos
- La masificación y el síndrome del “Burnt out”

LA MEDICINA DEFENSIVA

Ser demandado por actos realizados con motivo del ejercicio profesional es desagradable → se genera rencor y enemistad hacia los usuarios → a nivel consciente o inconsciente, se refleja en el trato hacia los pacientes en forma de desconfianza →, escamoteo de información, actitud defensiva → pérdida de la objetividad → mala praxis → más demandas.

DERECHO A LA INFORMACIÓN

(Art. 4 de la LBRAP)

“1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de **cualquier actuación** en el ámbito de su salud, **toda la información disponible** sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de **no ser informada**. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la **finalidad** y la **naturaleza** de cada intervención, sus **riesgos** y sus **consecuencias**.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será **verdadera**, se comunicará al paciente de forma **comprensible** y adecuada a sus necesidades y le ayudará a **tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad**.”

¿QUIÉNES ESTÁN OBLIGADOS A INFORMAR?

“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. ”

(Artículo 2.6 de la LBRAP)

DERECHO A DECIDIR Y DERECHO A ELEGIR

La LBRAP dice en su artículo 2 que:

“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada.

El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.

SIN ELECCIÓN NO HAY DECISIÓN

Artículo 21 de la LBRAP:

“[...] el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito **no dará lugar** al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas”.

*Una nota sobre la naturaleza jurídica del Protocolo

PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD

Artículo 18 de la Constitución:

“Se garantiza el derecho al honor y a la intimidad familiar y personal”

Artículo 5.1 c) de la LOPS: “Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos:

“Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado [...]”

PROTECCIÓN DE LA DIGNIDAD

Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, artículo 10.4:

«Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

“[...] a ser **advertido** de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un **proyecto docente** o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.”

LA DECISIÓN EN LA PRÁCTICA: HOJAS DE C.I. Y PLANES DE PARTO

Definición del consentimiento en la LBRAP:

“La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”

PRÁCTICA SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO

■ DERECHO A LA INFORMACIÓN (Art. 4 de la LBRAP)

“1. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la **finalidad** y la **naturaleza** de cada intervención, sus **riesgos** y sus **consecuencias**.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será **verdadera**, se comunicará al paciente de forma **comprensible** y adecuada a sus necesidades y le ayudará a **tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad**.”

“[...] el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito **no dará lugar** al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas”.

“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada.

El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.

COMENTARIOS

- CUMPLE

- INCUMPLE O CUMPLIRÍA MEJOR SI..
- ALARMANTE
- NO OFRECE ALTERNATIVAS DE ELECCION, “LA DECISION LA TOMARÁ EL PROFESIONAL”
- INFORMACIÓN FRÍA E IMPERSONAL, MEJOR EXPLICADO DIRECTAMENTE CON MÁS CALIDEZ
- PATERNALISTA
- EN “ENFERMOS” DE OTRAS ESPECIALIDADES SE LES EXPLICA LAS COMPLICACIONES
- MIEDO
- TITULO, COSAS HIPOTÉTICAS PARA ALARMAR A LA MUJER, CONSENTIMIENTO DE OTRA FORMA DISCUTIDO CON LA MUJER
- FIRMA DE RENUNCIA POCO CLARO, DOCUMENTO MAL REDACTADO
- CONDICIONAL, “SI”.., LENGUAJE TÉCNICO. “INFUMABLE”
- PROFESIOANL QUE ATIENDE EN UN PROCESO NORMAL, ESPECIFICAR
- CONSENTIMIENTO DEFENSIVO DE TODO LO QUE LE PUEDE PASAR A LA MUJER, PROCEDIMIENTOS FRECUENTES
- SEGÚN EL PROFESIONAL.
- A TODOS LOS RECIEN NACIDOS...PRÁCTICA HABITUAL,
- SEGÚN LAS CONDICIONES LO PERMITAN
- HOSPITAL DOCENTE COMPATIBLE CON LA ATENCIÓN?
- CONFUSO, JOYA RETÓRICA MANDAN LOS EXPERTOS

COMENTARIOS

- CUMPLE
- INCUMPLE O CUMPLIRÍA MEJOR SI..

III. DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO



MARCO LEGISLATIVO BÁSICO

- **Ámbito internacional:**
 - Declaración de los derechos de los niños, N.U, 1959
 - Convención Internacional sobre los derechos de los niños, N.U., 1989
- **Ámbito europeo**
 - Carta europea de los derechos de los niños y niñas hospitalizados, Parlamento europeo, 1986
- **Ámbito estatal**
 - Art. 39 de la C.E.
 - Ley del menor

DERECHOS BÁSICOS

- Recibir cuidados prodigados por un personal cualificado que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo:
 - Acompañamiento
 - Lactancia materna
- Su interés debe primar frente a cualquier otra consideración de tipo administrativo o asistencial.

LOS DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO

«Todos los niños tienen derecho a estar acompañados de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital no como espectadores pasivos, sino como elementos activos de la vida hospitalaria».

Carta europea de derechos de las niñas y niños hospitalizados de 1986

RECURSOS RECOMENDADOS



¡Que no os separen!

ES NUESTRO



[Inicio](#) | [Pide Que No Os Separen](#) | [Documentacion Cientifica](#) | [Testimonios](#) | [Hablan los profesionales](#) | [Noticias y Eventos](#) | [Descargas](#)

 <p>Cómo funciona el cuerpo del bebé</p>	<p>Si en tu hospital se separa a los recién nacidos de sus madres... el cambio es posible</p>	
 <p>Todo puede esperar menos el piel con piel</p>		<p>Tenemos la obligación de proporcionarles lo mejor</p>
 <p>El bebé humano: ¿cuál es su hábitat?</p>	<p>¿Qué es no separar?</p>	
 <p>El parto también afecta a la salud del bebé</p>	<p>Hospitalización conjunta para niñ@s enfermos</p>	
 <p>Por qué el bebé necesita estar en contacto con su madre</p>	<p>El contacto piel con piel no tiene contraindicaciones</p>	

RECURSOS RECOMENDADOS

- Ley de Autonomía del Paciente
- www.elpartoesnuestro.es
- Red del Centro de Análisis y Programas Sanitarios (Red CAPS) www.caps.pangea.org

francisca.fernandez@1webmail.net

¡Muchas gracias!