

Estudios socio jurídicos y cuidados de la salud en mujeres gestantes, neonatos, obstetricia y medicina tradicional



Narce Dalia Reyes Pérez
Luis García Valenzuela
Luis Felipe Bernal Hernández
Coordinadores

Estudios socio jurídicos y cuidados de la salud en mujeres gestantes, neonatos, obstetricia y medicina tradicional



Estudios socio jurídicos y cuidados de la salud en mujeres gestantes, neonatos, obstetricia y medicina tradicional

Narce Dalia Reyes Pérez
Luis García Valenzuela
Luis Felipe Bernal Hernández
Coordinadores



Estudios sociojurídicos y cuidados de la salud en mujeres gestantes, neonatos, obstetricia y medicina tradicional. Autores-coordinadores: Narce Dalia Reyes Pérez, Luis García Valenzuela y Luis Felipe Bernal Hernández. —Sinaloa, México. 2024.

230 p. 23 cm.

Primera edición

ISBN: **979-13-87631-33-8**

DOI: <https://doi.org/10.61728/AE24002776>



D. R. © copyright 2024. Narce Dalia Reyes Pérez, Luis García Valenzuela y Luis Felipe Bernal Hernández.

La presente obra fue dictaminada bajo el sistema de doble ciego y cuenta con el aval de los dictámenes de pares académicos en el campo de las ciencias sociales en México.

Edición y corrección: **Astra ediciones**

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotográfico, electrónico, por fotocopia, cualquier otro existente o por existir; sin el permiso previo, por escrito, del titular de los derechos.

Contenido

| | |
|--|-----|
| Prólogo | 9 |
| Introducción | 11 |
| <i>Narce Dalia Reyes Pérez</i> | |
| <i>Luis García Valenzuela</i> | |
| <i>Luis Felipe Bernal Hernández</i> | |
| Capítulo 1 | |
| Experiencias de una mujer indígena atendida por partera en los años 70..... | 19 |
| <i>Liliana Echavarría Ardizóni</i> | |
| <i>Clarissa Guadalupe Armenta López</i> | |
| <i>Narce Dalia Reyes Pérez</i> | |
| Capítulo 2 | |
| Experiencias y significados de la partera tradicional, mujeres que vivieron la atención en su maternidad. Ahome, Sinaloa | 41 |
| <i>Narce Dalia Reyes Pérez</i> | |
| <i>Luis García Valenzuela</i> | |
| <i>Perla Murua Guirado</i> | |
| Capítulo 3 | |
| Análisis Sociojurídico de la Medicina y la Partería Tradicional..... | 75 |
| <i>Janeth Yolanda Gastélum Urquidy.</i> | |
| <i>Luis Felipe Bernal Hernández.</i> | |
| <i>Celenne Judith Mariscal de Dios.</i> | |
| Capítulo 4 | |
| Cuidado del profesional de salud en la atención del parto humanizado en unidad de segundo nivel en Los Mochis Sinaloa..... | 101 |
| <i>Mónica del Socorro Macarena Padilla</i> | |
| <i>Dora Aida Valenzuela Maro</i> | |
| <i>Alma Leticia Zamora Villegas</i> | |

Capítulo 5

Aplicación de la NOM-007-SSA2-2016 en la consulta médica para el control del embarazo123

Alma Leticia Zamora Villegas

Mónica del Socorro Macarena Padilla

Roberto Joel Tirado Reyes

Capítulo 6

Derecho a la salud reproductiva147

José Alberto Ortega Campos

José Rafael Ortega Luna

Oswaldo Acosta Cervantes

Capítulo 7

Derechos, obligaciones y responsabilidad penal derivados de la maternidad en Sinaloa, México171

Teresita Lugo Castro

Leonel Alfredo Valenzuela Gastélum

Octavio Martínez Cázares

Capítulo 8

Legislación en la atención del parto y el control punitivo del Estado en Sinaloa, México.....199

Leonel Alfredo Valenzuela Gastélum

Teresita Lugo Castro

Octavio Martínez Cázares

Síntesis curricular de autores y coautores229

Prólogo

El libro *Estudios Sociojurídico y Cuidados de la Salud en Mujeres Gestantes, Neonatos, Obstetricia y Medicina Tradicional*, coordinado por Narce Dalia Reyes Pérez, Luis García Valenzuela y Luis Felipe Bernal Hernández, contiene ocho capítulos que abarcan las cuestiones que rodean la atención a la salud de la mujer gestante, desde la partería y cuidados tradicionales, como la medicina herbolaria, hasta la normativa que regula estas prácticas.

Los significados atribuidos por las mujeres a la partería aluden a experiencias y vivencias. Según señalan las participantes en esta obra, la partera ha acompañado a la mujer en uno de los momentos más trascendentales de su vida y es vista como una figura sabia y valiosa para la comunidad, debido a su capacidad para brindar cuidados tanto a la madre como al recién nacido, además de ofrecer apoyo emocional durante el proceso de gestación y parto.

La partería tradicional ha sido fundamental para el cuidado de la mujer gestante a lo largo de la historia. A pesar de los avances científicos y tecnológicos, esta práctica continúa siendo un componente esencial, especialmente en comunidades rurales, gracias a la riqueza de conocimientos y saberes transmitidos de generación en generación. Sin embargo, aún existen brechas en cuanto al acceso a los servicios públicos de salud. Con la institucionalización de la educación médica formal, la escasez de médicos parteros dio paso al reconocimiento de la medicina tradicional por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el marco normativo nacional.

Dentro del texto se hace mención del parto humanizado, una de las prácticas consideradas beneficiosas tanto para la madre como para el recién nacido, ya que brinda un cuidado integral y toma en cuenta las decisiones de la mujer sobre su propio cuerpo. En cuanto al cuidado integral, se considera importante mencionar las cuestiones legales que protegen la atención prenatal y a la gestante, como lo es la NOM-007-SSA2-2016, la

cual se encuentra analizada en uno de los capítulos del libro y hace hincapié en la consulta médica para el control del embarazo.

El derecho a la salud reproductiva es un aspecto fundamental para asegurar el bienestar durante la gestación y el puerperio. Por ello, el lector identificará algunas de las implicaciones que esta área conlleva tanto para los profesionales de la salud como para las personas que desean reproducirse. Como todo derecho, la reproducción lleva consigo obligaciones, como proporcionar alimentación a los hijos. Esto se analiza dentro del marco legal vigente, con el fin de garantizar el bienestar de las mujeres en situación de vulnerabilidad y aplicar sanciones a quienes incurran en acciones consideradas delitos. También se encuentran sintetizadas de forma clara las leyes y normas relacionadas con la atención del parto, lo que resulta de interés tanto para las mujeres gestantes como para las instituciones de salud pública.

Dra. Brenda Guadalupe Arce Galaviz



Introducción

Para dar paso a *Estudios Sociojurídicos y Cuidados de la Salud en Mujeres Gestantes, Neonatos, Obstetricia y Medicina Tradicional*, dada la naturaleza del abordaje, fue necesario reunir a un grupo de investigadores que, desde su experiencia, brindaron un aporte significativo y presentaron un compendio de ocho capítulos. A continuación, se describen cada uno de ellos:

En el capítulo 1 se muestran las experiencias vividas por una mujer indígena en la década de los setenta, atendida por una partera tradicional. En el capítulo 2 se describen las experiencias y significados atribuidos a la figura de la partera tradicional, basados en relatos de mujeres que vivieron la atención en su maternidad en Ahome, Sinaloa. En el capítulo 3 se aborda, desde un análisis sociojurídico, la medicina y la partería tradicional. El capítulo 4 contiene un análisis sobre el cuidado proporcionado por el profesional de la salud en la atención del parto humanizado en una unidad de segundo nivel en Los Mochis, Sinaloa. En el capítulo 5 se analiza la aplicación de la NOM-007-SSA2-2016 en la consulta médica para el control del embarazo. El capítulo 6 describe el derecho a la salud reproductiva. En el capítulo 7 se establecen los derechos, obligaciones y responsabilidades penales derivadas de la maternidad en Sinaloa, México. Finalmente, en el capítulo 8 se aborda la legislación en la atención del parto y el control punitivo del Estado en Sinaloa, México.

Para construir el tema del capítulo primero, denominado *Experiencias de una mujer indígena en los años 70 atendida por partera*, elaborado por las autoras Liliana Echavarría Ardizoni, Clarissa Guadalupe Armenta López y Narce Dalía Reyes Pérez, tuvieron como objetivo conocer las vivencias, experiencias y sentimientos de una mujer indígena embarazada cuyo parto fue atendido por una partera tradicional en la década de los setenta. Dada la naturaleza del estudio, las investigadoras emplearon una metodología cualitativa a través de la historia de vida, destacando la interacción entre la mujer durante el trabajo de parto y el posparto con la atención prestada por una partera tradicional.

Se resalta que, dentro de los resultados, se identificaron cinco categorías. En forma secuencial, la primera hace referencia a la salud materna; la segunda aborda la influencia del estado de embriaguez de la partera que realizó la atención durante el trabajo de parto; la tercera identifica el impacto de la falta de recursos en la salud de los bebés; la cuarta evidencia el impacto en la salud de la mujer indígena; y, en la última, se presenta la alegría y felicidad por el nacimiento, a pesar del riesgo que implicó el parto prematuro de los mellizos, quienes sobrevivieron ante un pronóstico desfavorable.

En conclusión, este estudio demuestra ser altamente eficiente para explorar y comprender la experiencia vivida, expresada en el testimonio de la mujer indígena atendida por una partera en la década de los setenta. Cabe mencionar que, aunque es común que las personas celebren los nacimientos con fiestas, un nacimiento no espera. Durante la experiencia, se conjugaron las prácticas de la partería tradicional, las costumbres y el uso de remedios para la atención del parto. Además, se pudo resaltar el impacto, la confusión y la incertidumbre que generó en la madre el parto prematuro, derivado de la evolución del estado de salud de sus hijos al ser prematuros. Asimismo, se puso de manifiesto la limitación al acceso a los servicios de salud en las comunidades rurales en la década de los setenta, donde las participantes se enfrentaron a la falta de seguimiento médico tanto para la madre como para los hijos.

En cuanto al capítulo dos, titulado *Experiencias y Significados de la Partera Tradicional: Mujeres que Vivieron la Atención en su Maternidad. Abome, Sinaloa*, participaron los autores Narce Dalia Reyes Pérez, Luis García Valenzuela y Perla Murúa Guirado. Durante el desarrollo del documento, realizaron un recorrido histórico de la partería, reconociéndola como una práctica ancestral desarrollada principalmente por mujeres, conocidas como parteras indígenas, empíricas o comadronas tradicionales. En África, Asia y América Latina, estas figuras han sido denominadas *hilot*, *dunkun* y *dai*, mientras que en la cultura náhuatl se les reconoce como *ticitl*.

Con el objetivo de recuperar la experiencia y el significado que representó para las parteras la atención del parto, así como para las mujeres que vivieron su maternidad bajo dicha atención y cuidados, se realizó una investigación cualitativa mediante un estudio de campo. Para ello, se llevaron

a cabo entrevistas a tres mujeres del norte de Sinaloa, México: una partera y dos mujeres que compartieron sus experiencias de vida.

En cuanto a los resultados, se muestra, por un lado, la experiencia de acuerdo con las funciones tradicionales directas y extendidas que realizó la partera desde su sabiduría, influida por sus motivos y creencias. Se narra el proceso natural donde se identifica el significado de la maternidad, lo que consistió en la atención del parto y posparto, así como el cuidado y la educación que brindó a las mujeres atendidas.

La experiencia de la atención del parto nace al ayudar a su madre en la atención a vecinas y mujeres de comunidades cercanas para traer una vida al mundo. El proceso de enseñanza-aprendizaje (todo queda en la memoria) le permitió heredar saberes y conocimientos transmitidos desde sus abuelas, acumulando experiencia en su familia materna. Señalaba que, de entre sus hermanas, solo a ella le llamó la atención aprender la labor del parto.

Por otro lado, se presentaron aspectos relacionados con la evolución de las mujeres que necesitaron atención durante el embarazo, parto tradicional y puerperio, quienes no estuvieron exentas de riesgos o complicaciones derivadas del esfuerzo físico (como cargar cubetas, entre otras actividades) o de presentar hemorragias. Las mujeres experimentaron su maternidad con entre siete y nueve partos tradicionales (incluidos abortos). En uno de los casos, la partera estuvo disponible para brindar atención. Desde hace cuarenta años, se mencionaba que en el seguro médico realizaban cesáreas y salpingoclasias. La cultura de la tradición familiar era confiar en las parteras y tener miedo a los doctores.

Una de ellas mencionó: “La experiencia que viví con el último parto define que la diferencia entre el parto y la cesárea es el dolor, porque este queda por mucho tiempo y produce miedo a que se abra la cicatriz. El parto solo es el momento y, después, queda lista para la vida, para la atención de los otros hijos y el esposo”.

Durante su maternidad, nunca se interrumpió ni detuvo la obligación en el hogar, ni su labor doméstica ni el cuidado del esposo e hijos. Además, se resalta la cultura y la representación que tiene la mujer sobre el baño, la alimentación (que incluía el tipo de comida que debía consumir y evitar), el uso de tés para la recuperación durante la dieta. Posteriormente, se evidencia la parte simbólica de la placenta y el cordón umbilical, además de

abordarse el tema del uso del método de planificación definitiva. También se presenta la opinión hacia la mujer soltera que tenía hijos.

Además, se destaca el cuidado del niño (baño, alimentación, higiene, cuidado del ombligo -muñón- y limpieza de pañales), así como la inclusión de prácticas tradicionales al curarlo o sobarlo. Existía la virtud de que, en esta etapa, se contaba con el apoyo de familiares, como la madre o, en menor medida, las tías o hermanas.

Los investigadores concluyen que el embarazo es un proceso natural de la vida; no es una enfermedad, y la mujer tiene derecho a dar vida. Hoy en día, cuentan con vasta experiencia y conocimiento sobre las embarazadas, donde la sabiduría y los códigos tradicionales y profesionales cumplen un rol activo de apoyo emocional, capacitación e intervención oportuna durante la promoción de la salud en la planificación familiar, embarazo, parto, periodo de lactancia y recuperación postparto, lo cual impacta positivamente en la reducción de las muertes maternas y del recién nacido.

En el capítulo tres, *Análisis Sociojurídico de la Medicina y la Partería Tradicional*, escrito por Janeth Yolanda Gastélum Urquidy, Luis Felipe Bernal Hernández y Celenne Judith Mariscal de Dios, se realiza un análisis socio-cultural del parto. Desde el contexto de las sociedades contemporáneas, se logra atender el uso actual de la medicina ancestral y la partería tradicional. Sin embargo, en su recorrido histórico, esta práctica enfrentó varios periodos de estigmatizaciones negativas que buscaron deslegitimarla. En este último siglo, se ha consolidado todo un marco normativo desde instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el propio de México.

Bajo esta inquietud de explicar cómo se ha revalorado la idea de la medicina tradicional, los autores realizan un análisis de la herbolaria en diferentes países, alcanzando una muestra significativa. Así, logran aclarar el objeto de estudio desde una posición sociocultural y muestran cómo los sistemas sociales encuentran sentido en sus realidades socialmente construidas, donde los metarrelatos toman relevancia. En otras palabras, en cada expresión de una sociedad, las tradiciones se transforman en prácticas culturales. Sin embargo, dado que la sociedad es un sistema, se ve afectada por influencias externas que modifican su estructura, no solo en aspectos socioculturales, sino también en el ámbito de las leyes y la política.

Concluyen que uno de los factores que llevó a que las mujeres pudieran ejercer la medicina tradicional, fue la insuficiencia de médicos, en las zonas alejadas de los grandes asentamientos sociales. Por ello, se modificó las leyes, para permitir la figura de médico y partera tradicionales.

El cuarto capítulo, *Cuidado del profesional de salud en la atención del parto humanizado en unidad de segundo nivel en Los Mochis, Sinaloa*, de las investigadoras Mónica del Socorro Macarena Padilla, Dora Aida Valenzuela Maro y Alma Leticia Zamora Villegas, aborda el tema desde la disciplina de la Enfermería y explica la situación del parto vaginal a nivel mundial y nacional. Destaca la importancia del parto humanizado como respuesta a las complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto. Se analizan estadísticas relevantes sobre nacimientos y muertes maternas, así como la metodología utilizada en un estudio que busca evaluar la efectividad del parto humanizado. A través de este análisis, se pretende resaltar la necesidad de mejorar la atención durante el parto y empoderar a las mujeres en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo. Este capítulo logra argumentar que el objetivo del parto humanizado es disminuir el sufrimiento fetal, que a menudo es causado por acciones u omisiones del personal de salud.

El análisis del parto humanizado entrega como resultados bases teóricas o hallazgos interesantes que sirven para perfeccionar el procedimiento de parto humanizado dentro de las instituciones de salud, permitiendo la comparación entre diferentes contextos, tanto en unidades de salud pública como en el sector privado. Es fundamental que las instituciones adapten estas técnicas y procesos con el fin de preservar siempre el bienestar del binomio madre-hijo.

Las autoras concluyen que se adquirió un gran nivel de conocimientos acerca del modelo de investigación sistemática y conocimientos teóricos sobre el proceso de un parto humanizado. Resaltan la importancia de este último y lo mucho que su aplicación podría aportar al aumento del índice de partos sin complicaciones.

Como capítulo quinto, los investigadores Alma Leticia Zamora Villegas, Mónica del Socorro Macarena Padilla y Roberto Joel Tirado Reyes titulan *Aplicación de la NOM-007-SSA2-2016 en la consulta médica para el control del embarazo*. Bajo la premisa de que la implementación de la Norma en el control prenatal es fundamental, ya que facilita la estandarización de la

atención, se destaca que esta norma establece los criterios y procedimientos obligatorios para asegurar una atención prenatal de calidad en todo el país, permitiendo además la detección temprana de posibles riesgos.

Las autoras y el autor realizan un análisis de las diferentes disposiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para disminuir la tasa de mortalidad materna, así como una comparativa entre diversas regiones y sus cifras, que se toman como ejemplo para no caer en modelos que afectan a la mujer. Igualmente, referencian la normatividad mexicana que valora los derechos de la mujer durante el embarazo. Subrayan que la *NOM-007-SSA2-2016* estandariza y uniformiza el control prenatal en el país con la finalidad de garantizar una atención de calidad a las mujeres embarazadas. Realizan una explicación detallada de la norma.

Concluyen que gracias a la *NOM-007-SSA2-2016*, hoy se garantiza en mayor medida que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a estudios médicos integrales, pruebas de diagnóstico de laboratorio, ultrasonidos obstétricos, medicamentos esenciales y atención oportuna ante cualquier complicación, siguiendo protocolos establecidos en las instituciones de salud.

El sexto capítulo, titulado *Derecho a la Salud Reproductiva*, de José Alberto Ortega Campos, José Rafael Ortega Luna y Osvaldo Acosta Cervantes, presenta una explicación sucinta sobre el derecho a ser concebido, así como el derecho de nacer con acceso a atenciones médicas y a todo el conjunto de servicios y condiciones básicas de salud. El enfoque inclusivo que los autores adoptan genera un aporte fundamental al análisis de la reducción de desigualdades en materia de salud.

Además de brindar un listado de derechos implícitos que conlleva la procreación, describen aspectos legales, éticos y sociales vinculados al derecho al embarazo. Como señalan los autores, este tema no solo abarca los derechos humanos, sino que también constituye un pilar para el desarrollo social y económico sostenible. Entre estos derechos destacan: acceso a la salud, protección laboral, educación, apoyo social, privacidad, salud pública, derechos de las mujeres, derechos de los niños, y consideraciones éticas y morales.

Para finalizar, realizan una revisión de los derechos reproductivos de la mujer y los bebés en relación con el VIH-SIDA, resaltando que este

problema no solo se debe al uso indebido de inyecciones para consumir drogas por parte de personas dedicadas al trabajo sexual, sino también a la falta de educación en materia de protección sexual.

El capítulo siete, titulado *Derechos, Obligaciones y Responsabilidad Penal Derivados de la Maternidad en Sinaloa, México*, a cargo de Teresita Lugo Castro, Leonel Alfredo Valenzuela Gastélum y Octavio Martínez Cázarez, reconoce que las complicaciones propias de la gestación requieren de trabajos interdisciplinarios, ya que existen condiciones biológicas, criminológicas, sociológicas, psicológicas y jurídicas que pueden afectar a la mujer gestante.

En ese sentido, a través del método sociológico jurídico, realizan un análisis del marco jurídico mexicano, señalando que los derechos reproductivos de la mujer son derechos humanos que están a la par de los derechos del niño, niña y adolescente, así como de los derechos de los hombres. Sin embargo, también señalan que existen altos índices de vulneración hacia las mujeres en estado de gestación por parte de algunos profesionales de la salud. Destacan que, a pesar de los avances en materia de derechos que buscan proteger a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, sigue existiendo discriminación significativa por parte de empleadores y la sociedad en general, quienes consideran el estado de embarazo como un impedimento para la contratación laboral.

El último capítulo del presente libro, titulado *Legislación en la Atención del Parto y el Control Punitivo del Estado en Sinaloa, México*, de Leonel Alfredo Valenzuela Gastélum, Teresita Lugo Castro y Octavio Martínez Cázarez, muestra una sistematización gradual de las leyes federales y su correspondencia con las leyes estatales y las normas oficiales mexicanas, las cuales son regulaciones de observación obligatoria.

El propósito del capítulo es evaluar la analogía entre la legislación vigente y la realidad social. En este sentido, los autores señalan la existencia de iatrogenias médicas, las cuales son más frecuentes de lo que se podría suponer. Destacan la tipificación que el Código Penal del Estado de Sinaloa mantiene sobre aquellos delitos cometidos en el ejercicio de la profesión, donde cabe mencionar la violencia obstétrica.

Los autores concluyen diciendo que, a pesar del andamiaje legal que busca proteger la atención a la mujer parturienta, es indiscutible que existe mucho trabajo pendiente, tanto por parte del Estado como de la sociedad, ya que la atención del parto sigue siendo un ámbito vulnerable en cuanto a sus cuidados.

*Narce Dalia Reyes Pérez,
Luis García Valenzuela,
Luis Felipe Bernal Hernández
Coordinadores*

Capítulo 1

Experiencias de una mujer indígena atendida por partera en los años 70

Experiences of an indigenous woman in the 70's attended by a midwife

Liliana Echavarría Ardizoni¹
Clarissa Guadalupe Armenta López²
Narce Dalia Reyes Pérez³

<https://doi.org/10.61728/AE24002790>



¹ Estudiante del programa Maestría en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis. **Correo electrónico:** lilianaardizoni23@gmail.com. **Orcid.** <https://orcid.org/0009-0006-7491-7040>

² Estudiante del programa Maestría en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis. **Correo electrónico:** clarissaarmentalopez@gmail.com. **Orcid.** <https://orcid.org/0009-0007-9600-6325>

³ Profesora tiempo completo. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis, Los Mochis, Sinaloa, México. Enfermera jefa de servicio por hospital IMSS Bienestar Los Mochis. **Correo electrónico:** narce.reyes@uas.edu.mx. **Orcid.** <https://orcid.org/0000-0001-9735-1402>

Resumen

Se elaboró la historia de vida de la participante "C", quien experimentó un parto prematuro de mellizos atendido por una partera tradicional. Su historia resultó interesante de explorar, ya que describe los hechos ocurridos durante esta etapa, siendo particularmente enriquecedor analizar cómo unos bebés prematuros sobrevivieron ante un pronóstico desfavorable. El objetivo del estudio fue conocer las vivencias, experiencias y sentimientos de una mujer indígena embarazada cuyo parto fue atendido por una partera tradicional en la década de los setenta.

La metodología del estudio se enmarcó en un enfoque cualitativo, utilizando la historia de vida con método biográfico. Se realizó una entrevista a profundidad con preguntas detonantes, previamente grabadas con el consentimiento informado de la participante, complementada con observación participante. El trabajo de campo se llevó a cabo entre junio y agosto de 2024.

Dentro de los resultados, se identificaron cinco categorías, comenzando con:

- Categoría 1. Salud materna , con sus subcategorías:
 - Costumbres (remedios para el parto).
 - Impacto del parto (confusión, incertidumbre).
- Categoría 2. Influencia del estado de embriaguez durante la labor de parto.
- Categoría 3. Impacto de la falta de recursos en la salud de los bebés , con sus subcategorías:
 - Falta de seguimiento médico (desarrollo de los bebés).
 - Impacto de la alimentación (intoxicación).
- Categoría 4. Impacto en la salud de la mujer indígena.
- Categoría 5. Alegría (felicidad por el nacimiento).

En conclusión, este estudio cualitativo ha demostrado ser altamente eficiente para explorar y comprender la experiencia vivida, expresada en el testimonio de la mujer indígena atendida por una partera tradicional en la década de los setenta. Captó la riqueza del testimonio y destacó aspectos relevantes sobre las prácticas culturales y los desafíos enfrentados durante el embarazo, parto y posparto.

Introducción

El Sistema de Salud en México, a partir de los años cincuenta, vivió una serie de transformaciones y experimentó grandes cambios en materia de prestación de servicios de salud. Esto requería una nueva organización debido a las limitaciones de acceso para gran parte de la población, que se encontraba mayoritariamente en áreas rurales. El Dr. Guillermo Soberón Acevedo fue, en ese periodo, el secretario de salud que más influencia adquirió en esta reconfiguración. En 1977, el problema de la cobertura de salud comenzó a enfrentarse a desafíos que dieron origen al programa de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar). Tiempo después, este programa evolucionó hasta convertirse en IMSS-Solidaridad, y actualmente es conocido como IMSS-Bienestar, operando en diversas entidades del país.

Desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en el Artículo 4º Constitucional, queda evidenciado el derecho a la protección de la salud de todas y todos los mexicanos, quienes tienen el derecho al número y espaciamiento de los hijos (Blásquez, 2022; Gómez y Frenk, 2019).

En cuanto a la salud materna reproductiva, desde la época prehispánica los partos eran atendidos por parteras, quienes eran mujeres y transmitían sus conocimientos empíricamente. A partir de 1940, la práctica médica hospitalaria se promovió como la forma predominante de prestar servicios, siendo ese momento cuando se contrató e incorporó a las parteras en los servicios de atención del parto. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue el primero en contratarlas como parte de su personal regular de atención obstétrica. Sin embargo, entre 1960 y 1980, se eliminaron las plazas de parteras en los hospitales debido al desarrollo de la profesión médica, lo que desplazó esta práctica. La partería quedó limitada a capa-

citaciones en planificación familiar y en parto seguro para cubrir zonas rurales. Aunque la formación de parteras tradicionales en procedimientos seguros continuó, no se les reconocieron debidamente sus capacidades clínicas ni su importancia histórica, social y cultural en las comunidades (Freyermuth et al., 2018; DKT Internacional, 2022; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2017).

La partería tradicional (PT) es considerada una parte fundamental en el cumplimiento de los derechos humanos y culturales de los pueblos indígenas desde tiempos inmemoriales, debido a los conocimientos y la calidad con la que brindaban sus servicios. Su presencia en el siglo XX constituyó un elemento esencial en las comunidades rurales. En su mayoría, esta práctica, realizada por mujeres, incorporó la cosmovisión en respeto a las creencias de sus pueblos, así como la comprensión del proceso de salud y enfermedad, particularmente en relación con la madre y el recién nacido. A través del ejercicio de su oficio, llevan a la práctica sus saberes y representan la primera línea de atención durante el embarazo, el parto y el posparto, así como también una atención integral en todas las etapas de la vida, apoyadas por el uso de la herbolaria y la medicina tradicional (Comisión de Derechos Humanos del Estado de México [CDHEM], 2022; Gobierno de México, 2023).

En 2021, en México, se registraron más de 20 mil parteras tradicionales (PT), 100 parteras profesionales y 16 mil 684 licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO). Sin embargo, no se les otorgaba el reconocimiento que merecían. Su práctica consistía en la atención del parto, donde el 80 % de los partos eran atendidos por personal médico en formación. No obstante, se reconoce que la práctica de la partera es más humanizada y desempeña un papel fundamental en el acompañamiento durante el embarazo y el parto: proporcionando cuidados relacionados con la planificación familiar, educando y acompañando a las mujeres en las etapas reproductivas de su vida (Comisión de Derechos Humanos del Estado de México [CDHEM], 2021).

Se elaboró la historia de vida de la participante 'C', quien tuvo un parto prematuro de mellizos atendido por una partera tradicional. Su historia resultó interesante por los hechos ocurridos durante su época. Resultó enriquecedor analizar los detalles de cómo unos bebés prematuros sobre-

vivieron ante un pronóstico desfavorable. El objetivo de este estudio fue conocer las vivencias, experiencias y sentimientos que experimentó una mujer embarazada cuyo parto fue atendido por una partera tradicional en los años setenta.

Marco metodológico

Este estudio se fundamenta en el enfoque cualitativo, lo cual permitió comprender las experiencias vividas por una mujer indígena atendida por una partera en los años setenta. Este tipo de diseño es apropiado, ya que permite dar respuesta y mejorar la comprensión del propósito de investigación, tanto a nivel individual como a través de los testimonios de las personas participantes.

Método

Con el propósito de este trabajo, se emplearon los elementos propuestos por Cordero (2012) para la historia de vida. Se reconoce que el método biográfico tiene como principal objetivo centrarse en la narrativa y proporcionar un contexto detallado acerca de cómo una persona enfrenta y maneja un acontecimiento importante de su vida. Asimismo, permite conocer cómo su experiencia se relaciona con su identidad y el entorno. Taylor y Bogdan (1998) definen la historia de vida como una metodología cualitativa que busca explicar dicho proceso de interpretación, analizando las situaciones desde la perspectiva de las personas, quienes se interpretan constantemente en diferentes escenarios.

En lo referente a la ciencia de enfermería, se presentan constantemente aspectos relacionados con la investigación cualitativa, lo que constituye un nicho de oportunidad para realizar un abordaje desde el enfoque humanista que responde al estudio. En cuanto a la recolección de información, se utilizaron los relatos del suceso de la persona participante, considerada como informante clave. El tiempo para realizar la recolección fue prolongado debido a la amplitud del estudio, y en algunas ocasiones se emplearon otros documentos para validar o complementar la información. Fue necesario considerar las condiciones geográficas del escenario donde

habitó “C”, en el cual se especificaron los servicios básicos y las vías de acceso a la comunidad (Jiménez & Arana, 2009).

El Servicio de Salud que el gobierno mexicano prestaba durante los años de 1950 a 1970 presentó un gran cambio. A finales de los años sesenta e inicios de los setenta, el costo de los servicios creció de manera significativa, dando como resultado una alta demanda y complicaciones en la atención. Los servicios de salud no estaban llegando a gran parte de la población rural, y para cubrir sus necesidades básicas, estas personas se veían obligadas a acudir a los servicios médicos privados, los cuales no estaban regulados y, además, ofrecían atención de baja calidad. El problema de la falta de cobertura de los servicios de salud comenzó a resolverse en 1977 con la creación de *COPLAMAR* (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), un programa de extensión de cobertura de los servicios de salud. Se construyeron con recursos provenientes del petróleo tres mil veinticinco unidades médicas y sesenta clínicas-hospitales en comunidades rurales. En 1983, *COPLAMAR* desapareció y su función fue asignada al IMSS, lo que dio origen al Programa IMSS-Coplamar, que se rebautizó como IMSS-Solidaridad en 1989, IMSS-Oportunidades en 2002, e IMSS-Prospera en 2014 (Tovar-Pérez, 2021).

Por otro lado, Ruiz (1999) define este tipo de metodología como una técnica de investigación donde los datos provienen de la vida cotidiana, de la lógica y las explicaciones hechas por la mujer, a la cual se le asigna el código “C”. Además, su narrativa se basa en un relato autobiográfico acerca de los acontecimientos, sucesos, vivencias y sentimientos de una persona en un momento determinado, lo que guía a la declaración de supuestos sobre el objetivo planteado al inicio del estudio (Macías-Reyes, 2020).

El participante es vocero de su propio relato, por lo cual describe los eventos vividos desde el entorno sociofamiliar y como ser humano que enfrentó incertidumbre. Es una manera genuina de expresar sistemáticamente cada una de las experiencias, costumbres, hábitos y conductas que han marcado su vida de forma significativa a lo largo de su existencia. De tal manera, a través del método biográfico, la investigación busca aprender desde esta perspectiva cómo la experiencia individual se asocia con la realidad histórica y social (Ascanio-Rengifo, 2022).

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo considerando los aspectos éticos establecidos en la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, específicamente los artículos 13, 17, 20 y 21 de la mencionada ley. Estos artículos señalan la importancia de respetar en todo momento los derechos, bienestar, dignidad y protección de la participante. El estudio fue clasificado como de riesgo mínimo y cuenta con el consentimiento informado por escrito de la participante.

Métodos de recolección de datos

Hernández Sampieri et al. (2017) refieren que los instrumentos de recolección de datos mayormente utilizados en las historias de vida son la guía de entrevista en profundidad y la matriz descriptiva de los objetos utilizados por el participante. Estos se aplican de manera distinta conforme al tipo de investigación. El proceso se realiza de forma directa mediante la aplicación de técnicas que deben ser procesadas por el investigador antes de su ejecución, de tal manera que los resultados sean confiables y den respuesta a la pregunta de investigación. La historia de vida es un método que se basa en el contenido socialmente significativo para la persona, siendo una herramienta utilizada para el análisis del comportamiento humano (Brítez & Chung, 2022; Cisneros-Caicedo et al., 2022).

Para el presente estudio, se utilizaron tanto la observación participante como la entrevista en profundidad con preguntas detonantes, las cuales fueron grabadas con el previo consentimiento de la participante. Estas técnicas permitieron que la participante expresara sus testimonios con naturalidad. En primer lugar, se procedió de manera complementaria a la recolección de la información, la cual se aplicó en tres momentos comprendidos de junio a agosto de 2024, hasta llegar al cumplimiento de los criterios del punto de saturación, propuesto por Glaser y Strauss (1967). Este surge como parte de un proceso analítico esencial, particularmente como el punto crítico en el que el investigador no ha encontrado nuevos datos en los grupos o sujetos investigados (Ortega-Bastidas, 2020).

Por otro lado, las entrevistas fueron transcritas tal como lo expone Villarroel (1999), quien menciona que deben ser transcritas escrupulosamente por el investigador, cuidando la privacidad, analizándolas y escuchándolas reiteradamente para asegurar que la información proporcionada por el entrevistado sea correcta. Con la entrevista en profundidad se busca extraer las experiencias vividas en el pasado y el presente de una persona, a través de un diálogo. En ese sentido, se requiere que el investigador sea un oyente sensible que detecte mensajes verbales y no verbales durante el discurso, con lo que pueda empatizar genuinamente y establecer una conexión con el individuo que permita obtener información valiosa, desde aspectos cotidianos hasta eventos relevantes en la vida del protagonista, que para este estudio se representa en la mujer indígena (Ascanio-Rengifo, 2022).

Estrategia de análisis de la información

Parte de los datos recuperados se expusieron en el software *Genopro* versión 2020, lo que permitió generar la estructura genealógica, la historia y la dinámica familiar. Los resultados se analizaron con el software *Atlas.ti* 24.1, el cual se utilizó para ordenar las entrevistas transcritas, con el fin de organizarlas de manera adecuada, entrelazando momentos cronológicos del antes, durante, después y al día de hoy de su experiencia de vida.

Resultados

El acercamiento con “C” se llevó a cabo bajo un marco de respeto por parte del equipo investigador, quien procedió a abordar a la persona de interés en su domicilio, previamente acordado. Este lugar generó un ambiente de confianza y comodidad, lo cual resultó en un entorno confortable para llevar a cabo la entrevista en profundidad. Se realizaron tres visitas necesarias, cada una de aproximadamente una hora de duración.

En este apartado, se hace fundamental establecer cuatro subtemas: el escenario geográfico, la genealogía de la historia familiar, la nube de palabras mediante el software *ATLAS.ti*, y, por último, las categorías.

Escenario

La figura 1, muestra la localización del estado de Sinaloa, el cual se ubica en el noroeste de la República Mexicana al norte $27^{\circ}02'32''$, al sur $22^{\circ}28'02''$ de latitud norte; al este $105^{\circ}23'32''$, al oeste $109^{\circ}26'52''$ de longitud oeste. Cuenta con una superficie de $57,365 \text{ km}^2$, representa el 2.9 % de la superficie del país, colinda al norte con Sonora y Chihuahua; al este con Durango y Nayarit; al sur con Nayarit y el Océano Pacífico; al oeste con el Golfo de California y Sonora, cuenta con 52.8 hab/km^2 . Su capital es Culiacán Rosales (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

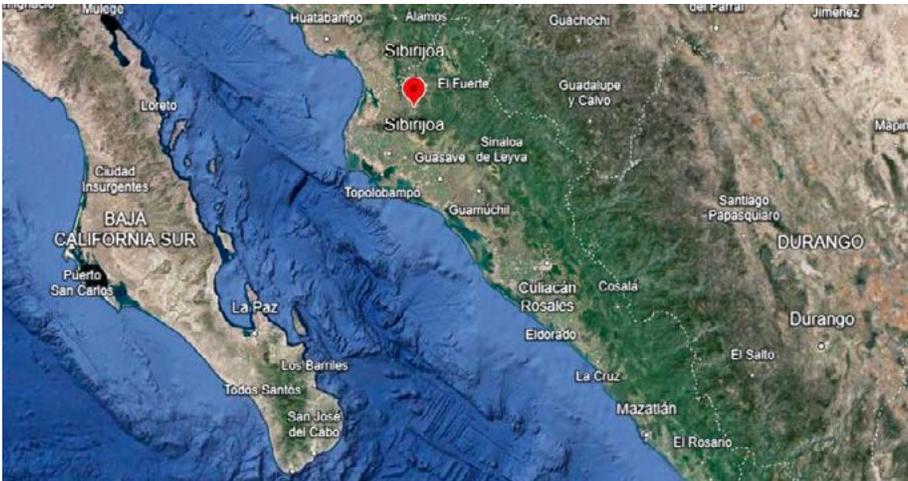


Figura 1. Localización geográfica del estado de Sinaloa

Nota: Google earth

La historia de vida de “C” se llevó a cabo en la comunidad indígena de Sibirijoa, como se muestra en la Figura 2. El nombre del lugar proviene de la lengua Mayo-Yoreme y se interpreta como siviri, una planta cactiforme, y houa, pueblo o casas, lo que significa “casas de siviris”. Esta comunidad se localiza al norte de Sinaloa, en el municipio de El Fuerte, con una latitud de 26.18699° ($26^{\circ} 11' 13''$ norte) y una longitud de 108.73031° ($108^{\circ} 43' 49''$ oeste). Limita al norte con la comunidad de Las Chunas, al sur con Mulangey, al oeste con la comunidad de La Alameda y tiene una población de 191 habitantes (Mapcarta, 2024; Pueblos de América, 2022).

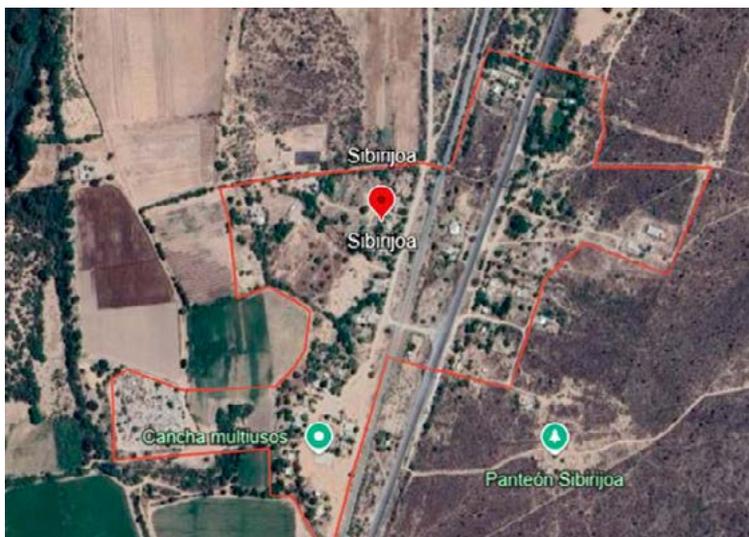


Figura 2. Localización geográfica de la comunidad de Sibirjoa

Nota: Google earth

La señora “C” comentó cómo era el acceso a los servicios básicos en los años setenta para la comunidad de Sibirjoa, en la cual aún reside. Para ese entonces, el lugar no contaba con un sistema de agua potable, por lo que, para lavar ropa, tenían que trasladarse al río durante las tardes y aprovechaban para bañarse y transportar agua en cubetas para las necesidades domésticas. Además, no contaban con una subestación eléctrica, por lo que para tener iluminación utilizaban cachimbas, que eran lámparas que funcionaban con diésel. En esos años, las rutas disponibles para viajar eran ya sea en tren o por carretera

Genealogía: historia familiar

A continuación, se presenta una breve caracterización de la vida de “C”, la cual se manifiesta mediante su genealogía (Figura 3), para posteriormente visibilizar su historia. Durante la entrevista, los nombres de los participantes fueron sustituidos por iniciales con el fin de proteger su identidad. En la genealogía de la señora “C”, se puede observar, en primer lugar, que es la única mujer en su genealogía que ha tenido un embarazo de mellizos.

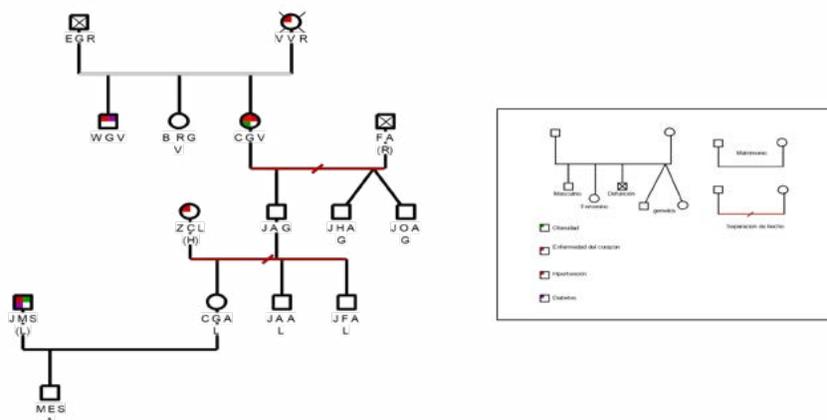


Figura 3. Genograma Familiar de la señora C.
 Nota: elaboración propia.

La información proporcionada por la señora “C” indica que en su familia existen antecedentes de obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades del corazón. Hubiera sido útil contar con datos sobre sus generaciones antecesoras para determinar si existían antecedentes de mellizos en la línea generacional; sin embargo, solo se proporcionaron datos de las generaciones más cercanas.

Nube de palabras por medio de ATLAS TI

Se generó una nube de palabras para determinar aquellas que predominaron durante la entrevista con “C”. La cual destaca las palabras que se mencionaron con mayor frecuencia en la conversación, subrayando su relevancia y centralidad en la experiencia de “C” (Figura 4).



Figura 4. Nube de palabras del análisis de la información

Nota: elaboración propia a partir del resultado ATLAS TI.

Categorías

A continuación, se exponen uno por uno los capítulos de los resultados que presentan la vida de “C”, entrelazando momentos temporales en las cinco categorías. Se describen de manera biográfica para darle sentido a la experiencia de vida de la mujer indígena durante el proceso de parto por el cual fue atendida por una partera en los años setenta. Se presenta como categoría central: la salud materna, descrita en dos subcategorías:

1. *Costumbres*: uso de remedios para el parto.
2. *Impacto del parto*: sentimientos de confusión e incertidumbre.

Posteriormente, se presentan otras categorías que complementan el estudio.

Categoría I. Salud materna

La atención a la salud materna se relaciona con creencias, prácticas y comportamientos culturales. La incorporación de la partería tradicional en el esquema nacional de atención en salud materna constituye una estrategia efectiva para aumentar el acceso a servicios de salud de calidad y reforzar la estrategia de atención prenatal y detección oportuna de complicaciones durante el embarazo (Fundación Mexicana para la Salud [FUNSALUD], 2019).

1.1. Costumbres: remedios para el parto

Entrevistador: *¿Qué remedios usó en su embarazo?*

“C”: *no pues, anillo de oro cocido con manzanilla, y me dice la nuera de la señora "no has ido con el doctor", y me dijo anda cuece y llegue y si como me dijo eso, ya que estaba tibiecito me lo tomé y en la mañana otra vez, un anillo de oro con manzanilla?*

1.2. Impacto del parto: confusión, incertidumbre?.

Entrevistador: *Me podría decir ¿cómo fue su experiencia durante el parto?*

C: *No tenía dolor, nada de dolor... a tirar agua, me levanté, según yo, a orinar y a puro tirar agua, como una regadera; pues había un camión aquí brincando la carretera, mi hermana fue ahí le dijo que viniera para llevarme al seguro donde fuera porque estaba mala, fui a hablar a una prima Blanca no ella la Lucía es, pues entonces ya me lleva, pero antes de eso me dijo: "te voy a llevar con la partera a ver qué te dice..."*

“C”: *La partera me dice: mira así la señora nomás me dijo trae 2 (refiriéndose a que eran 2 bebés)... No yo nunca la había visto a la partera no la conocía, pero siempre yo por duda eche tres camisolitas, pañales y dos colchitas, como que me daba más o menos duda.*

En este apartado, “C” relata uno de los remedios que utilizó para calmar el dolor que presentaba durante su embarazo, describiendo que ingirió un anillo de oro hervido, el cual le recomendaron para aliviar el dolor y el sangrado que experimentaba en ese momento. Lo cual resulta relevante, ya que menciona que lo realizó a partir de la recomendación de una

persona que tenía contacto directo con la partera. Asimismo, describe su experiencia al experimentar confusión al enterarse de que su embarazo era de mellizos.

Categoría 2. Influencia del estado de embriaguez durante la labor de parto

Entrevistador: *¿Cómo fue su experiencia al ver a su partera en ese estado?*

“C”: *Pues hacía mucho frío cuando me llevaron y llegamos con la partera; pensé yo y hablando ya así con ella: ¿cómo le irá a hacer si está borracha?, pero no había más y ella, fijese, la partera les cortaba el cordón vivo... cómo le haría si si andaba borracha quien sabe cómo lo haría... Entonces ella a mí, según me protegió más a mí del frío entonces yo los agarré como pude me los pegue a mí por el calor... entonces el señor se vino me dejó y en la mañana oí que dijo qué paquetazos escuche porque voy a cobrar doble como que viera hecho mucho trabajo ella ajá...*

“C”: *Fue muy rápido, como tuve a los bebés, estaban chiquititos, hasta eso que la partera sabía bien porque ella fue la que me dijo que eran 2, aunque no le creí porque ya andaba borracha la señora cuando me revisó, hacía un frío que no se aguantaba, los niños me daban lástima que se fueran a enfermar.*

Entrevistador: *En ese momento, ¿Cómo protegieron a sus mellizos?*

“C”: *No, así no más, la partera no les puso ni la camisita, nada; estaba borracha ella nomás los envolvió bien, entonces la Lucía se dio cuenta y me dijo "ni las camisetas les puso", nada que les va a calentar eso, pues tápalos bien como fuera y pégalos a mí le dije...?*

En esta sección, “C” relata una serie de acontecimientos en las que menciona que la partera se encontraba bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, las circunstancias no le permitieron trasladarse a otro lugar, debido a que estaba próxima a dar a luz a sus mellizos. En ese momento, su acompañante la ayudó en el cuidado de sus bebés, como consecuencia del estado en que se encontraba la partera. Es importante recalcar que, en ese tiempo, las condiciones climáticas no permitieron que “C” se trasladara a otra parte; además, los servicios de salud se encontraban alejados de su domicilio, por lo que la mejor opción fue quedarse con la partera tradicional.

Categoría 3. Impacto de la falta de recursos en la salud de los bebés

Entrevistador: *En ese entonces ¿Qué les daba de comer a sus bebés?*

“C”: *No les di nada, no les di leche y no tenía, ni nada... en la mañana me dijo la Lucía, aunque sea una canelita hay que cocerles fue una canela por la tienda y les dió con una cucharita la más pequeña como mi uña, no les podía dar más que canelita y eso fue lo que les estuve dando porque no teníamos dinero para comprarles leche.*

3.1. Impacto de la alimentación: Intoxicación

“C”: *Y no mamaron hasta a los 9 días con puras picaditas de canela puras maravillas de canela orinaban una gotita, no hacían del baño porque qué iban a hacer señor, tenía que manchaban tantito el pañal y era todo.*

“C”: *Pasó el mes y ellos nada a mí, ah no, se me intoxicó uno porque se le pegó como diarrea un día y como era muy pequeño y le di como una suspensión, pienso para que se le quitara directamente la diarrea, pero no pasó nada...*

3.2. Falta de seguimiento médico: desarrollo de los bebés

“C”: *Y el día que se le cayó el ombligo a uno, que fue el mismo día que se le cayó al otro; primero uno, entonces los estaba bañando, tenían 16 días, fue el primer baño porque el baño estaba frío, bien nublado por nada ya eran unas cositas en una bandejita cabían en la pesa de kilo, de 2 kg pesaban...*

“C”: *Cuando estaba lloviendo, porque cayó un agua de 8 días y este... ya no tenía ni con qué cambiarlos y tenía la última caja no apenas con un costal de ropa para que les pusiera de pañales, antes no se usaba muchas, nomás una tela y yo sé que no, no se secaba la ropa y no le digo que estaba llueve y llueve...*

La Categoría 3 aborda el impacto de la falta de recursos en la salud de los bebés y sus subcategorías. Esta categoría analiza cómo la escasez de recursos afecta el bienestar y la salud infantil. La carencia de acceso a servicios médicos adecuados puede resultar en un alto riesgo de enfermedades; en este contexto, se identificó un caso de intoxicación de uno de los bebés. Asimismo, explica cómo los recursos limitados pueden generar discrepancias en el acceso a la atención médica entre áreas urbanas y rurales, lo que “C” describe como la falta de seguimiento médico de los mellizos.

Categoría 4. Impacto en la salud de la mujer indígena

Entrevistador: *Me puede decir si usted iba al doctor después o ¿cómo se cuidaba?*

“C”: *Bueno, pasó la dieta y me ponía a coser camisetas mi mamá me decía no estés cosiendo te va a dañar la vista en un ratito qué pasó eran los mismos meses que no vimos a médicos de ninguna manera porque según estábamos sanitos...*

“C”: *yo no podía ir al doctor, estaba muy lejos... en ese entonces ya no fui ni a ver a la partera, a nadie, no iba con ningún doctor ni nada, a mis hijos ni yo nos atendía nadie, yo los cuidaba y mi mamá me decía que dejara de hacer tanta cosa, pero tenía que hacerlo... y aquí estamos todavía, aunque le batallamos mucho porque no teníamos nada.*

Esta categoría muestra las condiciones de “C”, refiere haber tenido que adecuarse a las circunstancias, no podía dejar sus actividades diarias y, por lo tanto, ponía en riesgo su salud y la de sus hijos. Las mujeres indígenas en esa época estaban en desventaja socioeconómica, lo que impactó negativamente en su salud. Actualmente, algunas condiciones como la pobreza y la falta de recursos limitan el acceso a atención médica y servicios básicos.

Categoría 5. Alegría: felicidad por el nacimiento

“C”: *¡Uy! encantados a que estuvieran bien los 2, el caso es que uno casi 1 kg y ferieci-ta peso y el otro también eran muy bonitos... cuando nacieron el primero se salió solo, lo agarró con una colchita y lo puso por un lado... ahí viene el otro me dice rápido no creas, que sería un minuto... así, ahí viene el otro y que bonitos los 2; dijo: "que blanco..." en la madrugada a las 5:00 de la mañana, te ganaron el año dijo ella, ya estábamos en el primero de enero... "hay Dios mío, un milagro muy grande..." (suspira).*

Entrevistador: *¿Cómo fue para usted ese momento?*

“C”: *¡Uy! ya muy feliz, de que los dos estuvieran bien, los tuvimos que poner en unas cajitas porque eran muy chiquititos, pero qué barbaridad... estaban bien blancos con sus ojitos bien delicaditos porque no pesaban nada, pero, ¡ay no!, ¡qué milagro! que puro año nuevo y con ese frío que hacía entonces, no sé cómo, pero la partera pudo ayudarme y gracias a Dios que nacieron bien... respira profundamente.*

Para finalizar, en este apartado se muestra el sentimiento que representó para “C” el haber dado a luz a sus mellizos, después de enterarse de que iba a tener dos bebés y no solo uno, como ella pensaba durante el inicio de su embarazo. En este caso, la alegría por el nacimiento puede favorecer una recuperación más rápida y saludable para la madre. La manera en que se experimenta y se celebra esta alegría puede variar de manera positiva en diferentes culturas; de igual forma, las creencias influyen en cómo se perciben y se expresan las emociones relacionadas con el nacimiento. Para “C” y sus familiares, este acontecimiento marcó sus vidas hasta el día de hoy. Se reavivaron sentimientos y emociones al narrar cómo fue el proceso del parto durante los años setenta.

Conclusiones

Este estudio cualitativo ha demostrado ser altamente eficiente para explorar y comprender la experiencia vivida expresada en el testimonio de “C”, captando la riqueza del testimonio de la mujer indígena atendida por una partera en la década de los años setenta. Al utilizar el enfoque cualitativo, permitió que el investigador se apegara a lineamientos éticos que dieron paso a generar un espacio de privacidad e intimidad durante una etapa de su vida en la que relató su experiencia como gestante. La señora “C” dio vida a dos personas (mellizos) en un contexto rural impregnado de limitaciones en el acceso a servicios públicos y de salud.

La historia de vida presentada en este estudio evidenció cómo era la vida de las mujeres en el área rural, lugar donde carecían de atención en salud materno-infantil. Además, se describió la evolución de los primeros días de vida de los mellizos y la gestante, lo que hizo partícipe a la familia en los cuidados y el acompañamiento durante el rol materno. La atención a la salud durante el parto para la entrevistada “C” fue un hecho que marcó su experiencia de vida al ser un acontecimiento importante durante esa época. Las vivencias fueron tratadas con respeto a la privacidad, garantizadas mediante el anonimato.

Esta metodología es pertinente para abordar el propósito de la investigación, proporcionando valiosos datos sobre los acontecimientos relacionados con el contexto cultural y personal de la mujer en ese período

considerado etapa de vida reproductiva. A través de esta perspectiva, se han podido mostrar aspectos significativos de la atención prenatal y el rol de las parteras, esencial para la vida de las mujeres indígenas, contribuyendo así a un entendimiento más completo de su realidad en ese momento histórico.

Por otro lado, contar en esos años con la intervención de la figura de la partera, quien representaba el recurso humano capacitado más cercano para socorrer durante el embarazo, el nacimiento y el cuidado posterior de la mujer y sus hijos en el área rural, era común. Muchas mujeres eran atendidas por parteras; entonces, ¿qué distingue a la señora “C”? En primer lugar, fue una madre soltera que luchó para que sus bebés prematuros sobrevivieran; a pesar de las adversidades, logró sacarlos adelante, siendo esta una experiencia importante que marcó gran parte de su vida. En segundo lugar, la partera, quien se encontraba bajo los efectos del alcohol, la atendió. Aun así, pudo asistir el parto de manera exitosa sin ninguna complicación para la salud materna de la señora “C”.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt), y a la señora “C” por compartir sus experiencias, testimonio y vivencias con nosotros, sin su participación este documento no se habría logrado.

Referencias

- Ascanio Rengifo, R. (2022). *Historia de vida como método biográfico*. 199–215.
- Atkin, L., Keith-Brown, K., L., W. Rees, M., & Sesia, P. (2016). *Partería en México*. Fundación MacArthur.
- ATLAS.ti. El software no 1 para el análisis cualitativo de datos. (s/f). ATLAS.ti. de <https://atlasti.com/es>
- Blásquez-Martínez, J. U. (2022). Historia del desmantelamiento del sistema público de salud en México, *EPIKELA Revista del Departamento de Ciencias Sociales y Humanidades*. <https://epikeia.iberoleon.mx/numeros/44/historia-del-desmantelamiento-del-sistema-publico-de-salud-en-mexico.pdf>
- Brítez, M. Á. A., & Chung, C. K. K. (2022). Historia de vida como técnica de recolección de datos en ciencias administrativas. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 11(2), Doi: <https://doi.org/10.26885/rcei.11.2.92>
- Castañeda, A. M. V. (2022). *El camino de la inclusión de la partería en México: auge, caída y reivindicación*. *DH Magazine*. 1(6). https://www.codhem.org.mx/wp-content/uploads/2022/11/DH-Magazine-parteras-agosto_COMPLETA-digital.pdf
- Celaya, A. (2023). Partería tradicional y regulación de la práctica: Conflictos con el Estado y permanencia de legitimidad del conocimiento. *Jurídica Ibero. Revista Semestral del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, 14. <https://juridica.iberomex.mx/index.php/juridi/article/view/157/107>
- Cisneros-Caicedo, A. J., Guevara-García, A. F., Urdánigo-Cedeño, J. J., & Garcés-Bravo, J. E. (2022). Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que Apoyan a la Investigación Científica en Tiempo de Pandemia. *Dominio de las Ciencias*, 8(1). Doi: <https://doi.org/10.23857/dc.v8i1.2546>
- Comisión de derechos humanos de la ciudad de México (CDHCM). (2021). *La CDHCM reconoce el trabajo de las parteras*. <https://cdhcm.org.mx/2021/05/la-cdhcm-reconoce-el-trabajo-de-las-parteras/>
- Cordero, M. C. (2012). *Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa*.

- DKT internacional. (2022, mayo 4). *La importancia de la partería en México*. <https://www.dkt.com.mx/Blog/la-importancia-de-la-parteria-en-mexico/>
- Freyermuth Enciso, G. (Ed.). (2018). *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (Primera edición). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Los-caminos-para-parir-en-Me%CC%81xico_Formacio%CC%81n_29nov_web.pdf
- Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (2019). La Salud Materna en México: *La partería: vía de acceso a la Salud Materna*, 26-33. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf
- GenoPro. - *Arbol Genealogico - Genealogía*. (s. f.). <https://genopro.com/es/>
- Gobierno de México. (2024). *Las parteras mexicanas, sabiduría ancestral*. <http://www.gob.mx/agn/articulos/las-parteras-mexicanas-sabiduria-ancestral?idiom=es>
- Gómez-Dantés, O., & Frenk, J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Pública de México*, 61, 202. Doi: <https://doi.org/10.21149/10122>
- Google Earth. (s/f). https://earth.google.com/web/search/sinaloa/@24.7547198,-107.41995635,77.00953835a,1080873.71911979d,35y,0h,-0t,0r/data=CnYaSBJCCiUweDg2OWY1Mzk0MjhhNzQ5NTk6MH-g5YzdiZGY3NjBkYmU1ZmVmGRDYi1cPLDIAIXBXVGmw3lrAKgdzaW5hbG9hGAIgASImCiQjIXp38kzFOUAREUKOiS-7FOUAZa_zsikc_W8Ah7Laailo_W8BCAggBOgMKATA
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Aspectos geográficos*. https://en.www.inegi.org.mx/contenidos/app/areasgeograficas/resumen/resumen_25.pdf <https://mexico.pueblosamerica.com/i/sibirio-joa-2/> <https://mapcarta.com/es/20311662>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Panorama Sociodemográfico de México 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_es-truc/702825197711.pdf

- Jiménez, M. T. M., & Arana, A. C. (2009). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La historia de vida (II). *NURE Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/394>
- Macías Reyes, R. (2020). Historia de vida. Reflexiones teóricas y metodológicas desde la práctica en la maestría en desarrollo cultural comunitario. *Didascalía: Didáctica y Educación*, 11(3) Julio-Septiembre, 185–205.
- Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo Saturamos Los Datos? Una Propuesta Analítica “Desde” Y “Para” La Investigación Cualitativa. *Interciencia*, 45(6), 293–299.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014).
- Tovar Pérez, G. D. (2021). *Evolución y Actualidad del Sistema de Salud de México: Una comparación con el sistema sanitario cubano*. <https://repositorio.iberoleon.mx/handle/20.500.12152/885>

Capítulo 2

Experiencias y significados de la partera tradicional, mujeres que vivieron la atención en su maternidad. Ahome, Sinaloa

**Experiences and meanings of the traditional midwife,
women who experienced care in their maternity. Ahome,
Sinaloa**

Narce Dalia Reyes Pérez⁴

Luis García Valenzuela⁵

Perla Murua Guirado⁶

<https://doi.org/10.61728/AE24002813>



⁴ Profesora Investigadora Tiempo Completo por la Universidad Autónoma de Sinaloa en la Facultad de Enfermería Mochis. Enfermera jefa de servicio por hospital IMSS Bienestar Los Mochis. **Correo electrónico:** narce.reyes@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-9735-1402>.

⁵ Profesor Investigador Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Sinaloa. Facultad de Derecho y Ciencia Política Mochis. **Correo electrónico:** luislmsin@gmail.com. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-4001-3204>.

⁶ Maestra en Ciencias de la Enfermera por Hospital General IMSS Bienestar Los Mochis. Docente Clínica de la Universidad de Los Mochis. **Correo electrónico:** perlamg94@hotmail.com. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-7244-1970>

Resumen

La partería es una práctica antigua desarrollada principalmente por mujeres, conocidas como parteras indígenas, empíricas o comadronas tradicionales. En África, Asia y América Latina, términos como *hilot*, *dunkun* y *dai* hacen referencia a estas figuras. En la cultura náhuatl, se les conoce como *ticitl*. Este estudio tiene como objetivo recuperar la experiencia y el significado que tiene para las parteras la atención del parto, así como para las mujeres que viven su maternidad bajo esa atención y cuidados.

Actualmente, estas mujeres cuentan con una vasta experiencia y conocimiento sobre el embarazo, en el que su sabiduría, junto con códigos tradicionales y prácticas profesionales, desempeñan un papel fundamental. Ofrecen apoyo emocional, capacitación e intervención oportuna durante la promoción de la salud en la planificación familiar, el embarazo, el parto, el periodo de lactancia y la recuperación postparto, lo cual impactaría positivamente en la reducción de las muertes maternas y neonatales.

Se presentan tres entrevistas realizadas a mujeres del norte de Sinaloa, México: una partera y dos mujeres que vivieron su maternidad en 10 y 8 ocasiones, respectivamente, de forma tradicional. Ellas comparten sus experiencias de vida. Este estudio tiene como objetivo recuperar la experiencia y el significado que tiene para las parteras la atención del parto y para las mujeres que viven su maternidad bajo esa atención y cuidados.

Introducción

El Gobierno de México (2023) alude que la partería es una práctica antigua que ha servido para la atención del cuerpo femenino. Fue desarrollada principalmente por mujeres cercanas a la embarazada, como madres, abuelas, hermanas y amigas, quienes ayudaron no solo a su propia familia, sino también a otras mujeres. En sus orígenes, la atención del embarazo, parto y puerperio presentó tabúes dentro de la sociedad; sin embargo, el

conocimiento y la experiencia surgida de estos cuidados sirvieron como referente para el estudio y la atención de la fisiología y la fisiopatología presente en la mujer, como la menstruación, el embarazo, el parto y el cáncer de mama.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan que la partería ha sido transmitida de generación en generación en comunidades rurales y remotas de América Latina. Es una práctica necesaria en lugares donde existen limitaciones geográficas y culturales para acceder a servicios o centros de salud. Es en ese momento cuando las parteras o matronas pueden marcar la diferencia entre la atención, apoyo práctico y espiritual oportuno, que puede significar la vida o la muerte de la madre, el hijo o ambos. Las parteras utilizan sus manos para la valoración, exploración, observación y escucha, logrando identificar signos de alarma, peligro o riesgo que emite el cuerpo de la mujer embarazada. También emplean herramientas como la cinta métrica y la campana de Pinard para actuar de manera oportuna (OMS/OPS, 2023).

En algunas culturas, la partera es reconocida como una gran sanadora, conocida también como partera indígena, empírica o comadrona tradicional. En África, Asia y América Latina, se les denomina hilot, dunkun y dai. En la cultura náhuatl, las parteras eran conocidas como ticitl. Hoy en día, estas mujeres cuentan con vasta experiencia y conocimiento, y sus intervenciones oportunas en momentos de riesgo para la vida de la mujer y el hijo marcan la diferencia. El papel que desempeñan las parteras en el mundo podría impactar positivamente en la reducción de las muertes maternas y neonatales, siempre que cuenten con acceso a capacitación, equipo, apoyo y formación adecuada. Con ello, podrían contribuir al acceso de los servicios en zonas vulnerables de la población, donde es necesario garantizar la cobertura para la atención del embarazo, parto y posparto desde un enfoque de atención primaria de la salud, basado en la prevención y promoción de la salud. En el caso de México, la partería tradicional se ha considerado un sistema completo de salud (GM, 2019; GM, 2023; Gómez, García & López, 2011; OMS, 1979).

La Comisión de los Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) menciona que, durante su quehacer, las parteras forman parte del

tejido social en las comunidades. Desarrollan sabiduría y códigos sobre los procesos de salud-enfermedad dentro de la práctica tradicional de la partería, en la cual está presente el conocimiento ancestral, las creencias, la cosmovisión y el idioma originario, transmitidos a través de sus saberes a las nuevas generaciones. Por lo tanto, esta práctica sigue viva. Reconocen las condiciones de dignidad con las que debe desarrollarse la atención del parto. Sin embargo, el 80 % de los partos son atendidos por personal médico en formación profesional (estudiantes de medicina), desde su perspectiva biomédica (CDHCM, 2021; CDHCM, 2022).

La OMS (2024) señala que, en el mundo, existe una escasez de novecientos mil profesionales de partería, lo que representa un tercio de lo requerido a nivel mundial, situación que podría salvar hasta 4.3 millones de vidas al año. El Fondo Nacional de las Naciones Unidas (UNFPA, 2015) refiere que, para que México logre brindar acceso y cobertura médica universal en servicios de salud materna, neonatal, sexual y reproductiva, con proyección al año 2030, deberá responder a 3.1 millones de embarazos por año. Actualmente, solo se cuenta con 104,379 prestadores de salud y 78 parteras técnicas profesionales reportadas oficialmente, quienes son responsables de la atención de nacimientos. Además, se estima que existen cerca de 15,000 parteras tradicionales en el país. Es por ello que el Sistema de Salud (SS) debe estar organizado para hacer eficiente y equitativo el servicio de, al menos, 251.4 millones de visitas al control prenatal, 41 millones de atenciones en el trabajo de parto y parto, y 163.9 millones de visitas en el control posparto, contabilizados y proyectados entre 2012 y 2030.

Por otro lado, la CDHCM (2021) reitera que México cuenta con más de 20 mil parteras tradicionales activas, 100 parteras profesionales y 16,684 licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO). A través del SS, se promueve e impulsa el desarrollo del modelo de atención tradicional del parto humanizado, ejercido por parteras que interactúan con la comunidad. Estas implementan estrategias que les permiten identificar, reconocer e implementar procedimientos técnicos. Esta responsabilidad recae en parteras con experiencia en la atención de partos, quienes cuentan con una práctica tradicional durante el embarazo, parto, puerperio y el cuidado del recién nacido. Cabe destacar que esta práctica sigue vigente, tomando como punto de partida el año 1873, cuando Elena Knapp fue la primera

partera acreditada, habiendo desarrollado estudios en anatomía, obstetricia, fisiología, higiene y enfermedades especiales de mujeres y de la niñez temprana, entre otros (CDHCM, 2021; SS, s.f.; SS, 2008).

En cuanto a la figura de la partera, la CDHCM (2021) mencionó que, inicialmente, las acciones académicas sobre los aspectos relacionados con la reproducción de la población estaban centradas exclusivamente en el hombre. El conocimiento empírico fue transmitido a mujeres que asumieron el liderazgo como parteras tradicionales, sin recibir reconocimiento inicialmente. Sin embargo, esto no quedó así, ya que trascendió a que la mujer asumiera un rol de apoyo emocional durante el acercamiento integral hacia la mujer en las etapas reproductivas. Esto contempló la función de ofrecer capacitación permanente como promotoras de salud en planificación familiar, embarazo, parto, periodo de lactancia y recuperación postparto, desde la dignificación de la maternidad con justicia, respeto y libre de discriminación, garantizando equidad en los derechos seguros en materia de salud sexual y reproductiva. Dicho lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo recuperar la experiencia y el significado que tiene para las parteras la atención del parto.

Marco teórico

Los inicios de la práctica en la partería se remontan al período paleolítico (40 000 a. C.), surgida a partir de la necesidad de ayudar a otras mujeres a dar a luz debido a la dificultad del parto en entornos no aptos y con riesgo de muerte. Esta actividad ha estado marcada por el hábito del cuidado habitualmente proporcionado por mujeres hacia mujeres en gestación, parto y puerperio, quienes obtenían conocimientos de manera empírica observando a otros mamíferos y mediante la transferencia de la práctica por parte de abuelas, madres, hermanas o tías. Esta actividad es considerada femenina por su auge ante la sociedad (GM, 2023; International Confederation of Midwives, 2022). Las parteras eran descritas en textos antiguos como “mujeres experimentadas”. Además, se menciona a las comadronas (parteras) en dos de los antiguos testamentos, señalándolas como “diestras y valiosas profesionales” (Towler y Bramall, 1997).

Se conoce como partera tradicional a la persona que auxilia a la madre durante el parto y que adquirió sus conocimientos de manera empírica o

bien mediante la guía de otras parteras. Se les ha denominado como *madrina* y *matrona*. En latín, *matrína* proviene del término *mater* y *matrix*, que significa madre. De igual manera, del latín *cum matre* derivan *comadre* y *comadrona*, y cuya finalidad es brindar apoyo a la madre durante la maternidad (Carreter, 1997; OMS, 1993). En México, las primeras prácticas de partería se encuentran desde la época prehispánica, cuando las parteras cobraron especial relevancia en las culturas por su enfoque religioso relacionado con la fertilidad (GOB, 2023).

El parto dentro de algunas culturas es percibido como una etapa de trascendencia, donde la madre conecta con energías de sus antepasados, de manera que el nacimiento es visto como un acto espontáneo en el cual la madre requiere de toda su fuerza para traer al mundo un nuevo ser (Botteri y Bochar, 2019). La partera participa tanto espiritualmente como físicamente e integra a su conocimiento saberes sobre medicina ancestral, habilidades y destrezas para ayudar a la mujer durante el duro proceso que abarca desde el trabajo de parto hasta el nacimiento. Contribuye de manera significativa al bienestar físico, mental y social de la mujer, cuidando cada uno de los aspectos implicados en la etapa de gestación y puerperio, lo que implica un equilibrio entre el estado emocional y físico de la embarazada.

La partería tradicional a lo largo de los años se convirtió en una práctica frecuente dentro de las comunidades, por lo que las parteras adquirieron gran importancia debido a sus métodos de cuidado y curativas mediante el uso de recursos naturales para abordar problemas de las mujeres durante y después del parto. Además del acompañamiento durante el parto, la partera buscaba que la mujer obtuviera los nutrientes necesarios mediante una alimentación basada principalmente en agua con miel y atole de maíz. También procuraba que la embarazada se mantuviera activa realizando caminatas de manera regular, previniendo así que el bebé se quedara atrapado en el vientre (Macías, 2023).

Para el año 1833 surge la partería profesional, vinculada a la carrera de medicina y cirugía, y las parteras comenzaron a trabajar en conjunto con los médicos para la atención de la mujer gestante (Atkin et al., 2015). Durante el periodo de 1880 a 1960, se puso en cuestión la práctica de la partería profesional como consecuencia de la aparición de la cátedra de ginecología, dentro de la cual los médicos fueron desplazando simultáneamente a las parteras.

neamente la labor de las parteras profesionales. Además, la profesión de enfermería tomó un papel fundamental a partir del surgimiento de la enfermería obstetra, quienes, durante el periodo 1900-1960, se encargaban de la salud materna y de la mayoría de los partos en hospitales (Atkin et al., 2015).

Con relación a la partería profesional, esta cuenta con un conjunto de conocimientos y técnicas profesionales obtenidas de otras disciplinas de la salud, y atiende la salud materna y del recién nacido desde su marco legal y ético. Dentro de las actividades de la partera profesional se encuentran los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del parto, así como la atención del recién nacido durante los primeros días. Las parteras profesionales actúan en colaboración con otras mujeres, respetando su autonomía para cuidar de sí mismas y de sus familias (ICM, 2024). Además, a la labor de la partera profesional se añade la promoción de la salud sexual y reproductiva, en consonancia con los derechos humanos de las mujeres que requieren atención por parte del profesional de la salud (Asociación de Parteras Profesionales, 2024).

Por otra parte, en México, la partería tradicional, junto con sus usos y costumbres, se encuentra descentralizada en los sistemas de salud. Es decir, en el año 1940 se incluyó la partería profesional dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como parte de la atención obstétrica, lo cual fue desplazado progresivamente por la presencia de médicos internos y residentes. Esto se resume en el actuar del parto medicalizado, un procedimiento que sustituyó de forma sustancial las actividades de la partería tradicional y profesional. Sin embargo, este enfoque dio lugar al incremento de cesáreas innecesarias (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2019). En México, dos de cada tres cesáreas que se practican son excedentes y no cumplen con argumentos justificados para su realización. De acuerdo con la OMS, esto representa el triple de lo recomendado (Juárez, 2017).

Aunado a lo anterior, y a partir del modelo integral de partería desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública (2016), se busca la generación de conocimiento científico sobre la partería y la inserción de la partería profesional en los sistemas de salud, buscando dignificar el trabajo de las parteras tanto en instituciones públicas como privadas. A nivel mundial, existen evidencias de que las inversiones en personal de partería com-

petente, motivado y respaldado generan resultados en cuanto a calidad y atención continua. Lo anterior contribuye a que la atención sea basada en el respeto y adaptada a las necesidades de la mujer, considerando su edad, contexto cultural y la calidad de los servicios y procedimientos realizados (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015).

La partería, como elemento esencial para el sistema de salud, debe ser reconocida en cuanto a educación y cumplimiento de normativas relacionadas con las normas internacionales, lo que implica satisfacer el 87 % de la demanda de los servicios de salud (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015). El entendimiento desde la perspectiva de la partera tradicional y profesional da pauta para la generación de evidencia científica en la atención obstétrica humanizada. Esto implica un acercamiento a comunidades donde esta práctica sigue siendo vigente y enfrenta dificultades para acceder a los servicios de salud, así como la participación de otras disciplinas relacionadas con la salud obstétrica, ampliando así la cobertura en la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.

Metodología

El presente estudio fue de enfoque cualitativo y de alcance descriptivo. En este estudio se describen la experiencia y el significado que tiene para la partera tradicional su involucramiento y participación como promotora de salud dentro de las etapas de planificación familiar, embarazo, parto, periodo de lactancia y recuperación postparto, con interrelación en la dignificación de la maternidad en apego a los derechos seguros de la salud sexual y reproductiva. La información se retoma durante el período de marzo a agosto de 2024 (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2018).

Se realizó la técnica de la entrevista semiestructurada con tres actores clave del proceso de partería. A una mujer partera se le solicitó narrar sus experiencias desde su niñez y cómo su madre le instruyó en los saberes del parto tradicional, además de enseñarle las formas de socializar con las mujeres que vivían la maternidad, creando un espacio de enseñanza-aprendizaje sobre los cuidados a la mujer y al recién nacido. En una segunda entrevista, dos mujeres narraron su vivencia como madres que ejercieron el derecho a la maternidad bajo los cuidados de una partera. Detallaron las atenciones y cuidados que prevalecían en el trato humanista

y que reflejaban comprensión hacia su posición como mujeres. Describieron los aprendizajes y las relaciones que crecieron por agradecimiento y sentimiento de identidad con el proceso de parto y la partera. Manifestaron razones que posteriormente se convirtieron en convicciones respecto a la forma tradicional de vivir el embarazo, parto, periodo de lactancia y recuperación postparto.

Para este trabajo de investigación se requirieron 10 meses. Se inició con el procedimiento de definir el tema de abordaje, realizar una exhaustiva búsqueda de la literatura existente y establecer los criterios para la recolección de información, considerando fechas y lugares para abordar a las parteras y a las mujeres atendidas por ellas. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de cada una de las participantes, quienes habitan en el municipio de Ahome, Sinaloa, cuidando siempre su privacidad. Solo se incluyen las siglas de sus nombres. Según Guerrero Castañeda et al. (2017), la entrevista fenomenológica se define como un encuentro entre dos personas, el entrevistador y el entrevistado, donde se mantiene un diálogo que permite aprehender un fenómeno. La entrevista fenomenológica es, a la vez, un método y una técnica libre de prejuicios, preconcepciones, juicios de valor, categorizaciones o clasificaciones. El entrevistador actúa como el propio instrumento, dispuesto a escuchar, captar y convivir con el fenómeno, el cual es transmitido a través de los discursos de la persona. Estos discursos son rescatados por las propias personas con base en una vivencia experimentada en alguna etapa de su vida, la cual fue almacenada en su conciencia y codificada, otorgándole un significado personal. La entrevista fenomenológica busca ir más allá de lo superficial y acceder a la comprensión profunda de la experiencia subjetiva de una persona en relación con un fenómeno específico. A través de este diálogo abierto y respetuoso, se intenta desvelar la esencia y los significados personales que las tres actrices atribuyen al fenómeno estudiado.

Resultados

Entrevistas realizadas a Silvia Elena León Meléndrez, Rosario López Valenzuela y Dora Ardizone Vázquez.

Silvia Elena León Meléndrez

En este apartado se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a mujeres parteras y a mujeres que vivieron el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio de manera tradicional. Se busca analizar a la partera⁷ en cuanto a sus funciones directas en el proceso, con el fin de lograr una descripción amplia de sus actividades, así como analizar sus comentarios, sugerencias y formas de educar a las mujeres que atendía. En el caso de las madres que vivieron el proceso de parto tradicional, se describe su experiencia, sus motivos y creencias, narrando el proceso natural donde se identifica el significado de la maternidad.

Si bien la atención proporcionada por las parteras abarca tres etapas principales (embarazo, parto y puerperio), al examinar las funciones que desempeñan en la práctica, puede identificarse una función adicional: apoyar a las mujeres para lograr el embarazo. Este aspecto debe incluirse en los saberes de las parteras, según lo observado en las entrevistas realizadas a la partera y a las dos mujeres que experimentaron su maternidad en nueve y siete partos tradicionales, respectivamente.

Laza y Ruiz (2010) otorgan valor histórico al quehacer de las parteras y escriben que “se ha mantenido como una forma de preservar la vida humana, y en la actualidad se consolida frente a los problemas de inaccesibilidad a los servicios de salud” (p. 70). Explican que pueden existir varias razones para su continuidad. En nuestras conclusiones, se observa que, si bien es cierto que algunas comunidades están aisladas, también influyen factores culturales, ya que las mujeres que han vivido esta experiencia prefieren el parto tradicional.

La primera entrevista corresponde a Silvia Elena León Meléndrez, quien nació el 28 de noviembre de 1954. Se casó hace más de 55 años, cuando tenía 15 años, con Gaspar Suárez, quien tenía 22 años. Su esposo, en vida, se dedicaba a la seguridad como policía del penal. Falleció hace 30 años debido a heridas causadas por una navaja durante una fuga, lo cual le provocó la muerte (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

⁷ También se les identifica como la patrona o la comadrona, y son las encargadas de atender la gestación y el nacimiento de un ser humano. Esta práctica está considerada como una forma de atención tradicional que, en México, aún sobrevive en comunidades indígenas y rurales, principalmente en el centro y sur del país. Sin embargo, en el siglo pasado, esta labor de atención al parto era común y realizada principalmente por parteras

Desde su niñez, la señora Silvia León vivió la experiencia del parto porque ayudaba a su madre en la atención de las vecinas y mujeres de comunidades cercanas. La valentía que mostró desde su niñez ante su madre, al estar presente durante el proceso de parto, le valió para que esta le enseñara las funciones necesarias para brindar atención a la mujer embarazada y asegurar el nacimiento del bebé. Al respecto, Silvia León explicó: “Mi madre solo decía que iría con una señora a traer una vida al mundo y se iba, y yo la seguía sin temor. Fue entonces cuando mi madre comenzó a enseñarme las cosas importantes para la labor del parto” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024). Así, se dio un proceso de enseñanza-aprendizaje, y heredó los saberes y conocimientos que, desde sus abuelas, se habían ido acumulando en su familia materna. Señaló que, de entre todas sus hermanas, solo a ella le despertó interés aprender la labor del parto.

La maternidad de Silvia León llegó por primera vez a los 19 años. Aunque se había casado a los 16 años, no lograba quedar embarazada. Ella atribuye esto a ciertas prácticas que afectaron su matriz, ya que desconocía que no debía bañarse con agua fría después de las relaciones íntimas porque, según señaló, “se entorpece la matriz”.

Asimismo, mencionó que, justo al día siguiente de la luna de miel, se metió al agua del río, lo cual pudo haber influido en su dificultad para concebir. No fue hasta que su madre le sugirió que tomara té de helecho cuando tuviera flujo menstrual que logró embarazarse, tres años después. Este primer embarazo representa la visión cultural de la mujer rural de los años 70 en el norte de Sinaloa, quien estaba socialmente obligada a dar hijos a su esposo. Esta idea era generalizada, y la mujer solía culparse. Silvia sostuvo que su pensamiento fue:

Pa, que quiero estar casada sino puedo tener familia, un hombre necesita hijos, por eso me decidí a hacerlo y cuando reglé, hice la bebida de helecho tomándome una tasa en ayunas y otra para acostarme, después no me pudieron parar cada año salía embarazada (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Sobre su maternidad, Silvia León revela que tuvo 11 embarazos, de los cuales nacieron 9 hijos, y los restantes no llegaron a término. Mencio-

na que los tres abortos fueron causados por realizar actividades pesadas. Como mujer, nunca descuidaba sus responsabilidades en el hogar, incluyendo su labor doméstica de atención y cuidado.

La labor diaria en una comunidad rural del norte de Sinaloa que realizaban las mujeres de clase baja incluía tareas como obtener leña, un proceso que podía tomar varias horas, y caminar distancias de varios kilómetros. Era necesario acudir al monte con machete o hacha en mano, cortar la leña y luego acarrearla desde el monte hasta la casa. Esto debía culminar a temprana hora, ya que era imprescindible preparar el alimento de la mañana justo antes de que el esposo se dirigiera al trabajo o los hijos e hijas a la escuela. López y Rojas (2017) señalan que “continúan existiendo rezagos importantes en términos de una mayor democratización de la vida doméstica” (p. 316).

La cocina requería otro elemento clave además del calor que producía la leña: el agua. Esta debía ser transportada desde el río. Silvia León menciona que, afortunadamente, el río quedaba relativamente cerca: “Solo bajando, me llevaba mis cubetas y las colocaba atravesadas sobre un palo al hombro, y las traía llenitas de agua; apenas alcanzaba para preparar el desayuno y lavar los platos” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024). Además, acudía al río varias veces al día para obtener más agua, necesaria para cocinar, lavar la loza y asearse. Ella señalaba que estas eran “tareas que realizaban todas las mujeres”.

El padre de Silvia Elena León Meléndrez fue Isabel León Zavala, y su madre, Manuela Meléndrez López. La madre dedicó toda su vida a la partería, aprendiendo la atención del parto de su propia madre (abuela de Silvia León), quien a su vez había sido instruida por su madre (bisabuela). Su madre le comentaba que sus ancestros le habían enseñado estas prácticas, pero que fue mediante la práctica y mucha experiencia que adquirió su conocimiento. Nunca escribieron ni registraron las prácticas relacionadas con la labor del parto; todo quedó grabado en la memoria.

En su entrevista, Silvia recordó que también le pedían ayuda para lograr quedar embarazada. Comentó: “En otras ocasiones vienen porque no han podido tener hijos o abortan. Yo les digo qué deben hacer para salir embarazadas. Beber agua helada es perjudicial, ya que contraen frío, y eso impide la gestación del bebé, por lo que abortan” (S. León, comunicación

personal, 24 de mayo de 2024). Durante la entrevista, reaccionó ante el nombre que una de sus sobrinas mencionó, ya que estuvieron presentes sobrinas, hijas e hijos bajo la sombra de un árbol. Comentó el caso de una joven que no lograba quedar embarazada, pero cuya madre debía supervisarla. Un día, la descubrió comiendo hielo a mordidas y bebiendo agua helada, algo que, según afirmaba Silvia León, provocaba abortos.

Primeros acercamientos al parto

En sus experiencias, Silvia León comenta que sus experiencias comenzaron a los doce años, ya que su madre le decía que era muy valiente y decidida. Cuando su madre iba a recibir a una criatura, ella la acompañaba, y así aprendió. Le gustó realizarlo. Su ingreso a esta actividad se basó en la reputación que fue ganando poco a poco, así como en la confianza que le demostraban las mujeres. Menciona que, en una ocasión, cuando su madre no pudo atender un parto y no había ninguna partera cercana disponible, fue como se atrevió a atender sola el parto. “Anteriormente, también estaba Doña Pancha, partera de Mayocoba, pero no sé quién la sucedió. Aquí quedé yo en lugar de mi madre” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024). Hacia finales de la década de los ochenta, el Seguro Social comenzó a ganar terreno en la cultura de la mujer en el proceso de parto.

De plebe mi mamá me llevaba porque me gustaba, ella era partera hasta al seguro se la llevaron junto con otras parteras, de Mayocoba, la Florida, San José, Cohuibampo se las llevó el IMSS y les entregaron papeles, pero con mi mamá miré muchas cosas, incluso hasta niños que venían de pie, y se le lograban, yo miraba como lo hacía, y lo difícil es el hombro porque se atoró, pero lo sacaba, después los niños crecían y todos le decían nana, nomás crecían hasta regalos le llevaban, antes había más sabiduría y trataban a todas las personas, porque todas pueden tener a su bebé de manera normal o natural, pero se le debe dar su tiempo, y ahora a todo lo quieren hacer cesaría (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Una etapa fundamental del parto, cuando nace el producto, es entregarlo a la madre para que se establezca ese vínculo madre-hijo. Este paso tiene un

gran valor para las parteras, quienes lo entienden como el primer momento que genera apego entre ambos. Sin embargo, cuando nace el bebé, es necesario prestarle atención inmediata, y lo primero que se realiza es una limpieza superficial antes de hacer la entrega a la madre, para que esta pueda darle de mamar. Esto permite que el bebé se recupere del gran esfuerzo realizado al salir del vientre materno. Posteriormente, se considera tener lista una infusión de té de yerba buena. Según Silvia León, esta bebida “le saca todo lo que tiene en la pancita; todo verde le sale. Cuando la criatura nace, se le da pecho y té de yerba buena; de vuelta se le da un baño, ya que tienen que limpiarse su pancita” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Su tarea también consistía en revisar que todo estuviera limpio en el espacio donde la mujer daría a luz. Para ello, pedían que se colocara una sábana limpia preparada para cuando naciera la criatura. Siempre existía esa relación entre madre e hijo. Comentó: “Al nacer, cortaba el cordón umbilical y extraía la placenta. Nada más salía el bebé, lo nalgueaba para que llorara, pero siempre entregaba al bebé de forma inmediata a la madre, ya que era importante para que el niño reconociera a su madre” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024). Reconoció que el parto debe ser entendido como un proceso natural de la vida, no como una enfermedad, y que la mujer tiene el derecho de dar vida. Aclaró que no siempre es necesario recurrir a una cirugía, ya que puede realizarse de manera natural.

Entre otros remedios que explicaba Silvia León estaba uno para evitar abortos durante el embarazo. Dijo: “Para que no pierdan a la criatura, se sabe que a la madre se le debe dar agua hervida con un anillo de oro dentro. Debe ingerir el agua y mantener reposo” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

La misma partera Silvia León reconoce que, conforme pasó el tiempo, las mujeres la requerían menos: “Al principio, sí tenía varias mujeres que pedían mi atención; después, con los años, solo me dedicaba a proporcionarles remedios, porque las jóvenes ya no querían parteras. Sin embargo, sí venían a que les ayudara, porque les daba cólico y yo les daba algo para tomar” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Reconoce que muchas mujeres comenzaron a acudir al médico o a los

centros de salud en la década de los noventa. Aun así, la visitaban para pedir apoyo, ya fuera para quedar embarazadas, para lo cual ella proporcionaba remedios naturales, o durante el embarazo, cuando le solicitaban ayuda para acomodar al bebé dentro del vientre. Esto lo realizaba gracias a las técnicas que aprendió desde niña al observar ciertos movimientos que hacía su madre.

Ella, de manera individual, le correspondió realizar la labor de parto durante solo 10 años después de casarse. Hace 30 años que no realiza una labor de parto, debido al temor que sentían las mujeres hacia el parto natural, aunque sí ha seguido ayudando a acomodar al bebé y a realizar masajes.

Otro punto importante es la alimentación durante el embarazo, un aspecto que consideraba fundamental. Cuidaban de no ingerir alimentos sólidos que pudieran dañar la digestión, como alimentos picantes, y se reducía el consumo de carne de cerdo. Sin embargo, los caldos de res con verduras y de pollo con arroz eran nutritivos tanto para la madre como para el bebé, subrayaba la partera en su diálogo. También destacaba la importancia de cuidar los líquidos: nada de alcohol ni bebidas heladas. “Antes no había hemorragias”, añadió. La partera explicó que diferentes síntomas de “un mal embarazo” se debían a que ahora las mujeres se alimentaban con muchos químicos, consumiendo alimentos poco naturales, como Coca-Cola, papas con chamoy y helados, lo cual las debilitaba. “Con todo eso, el desarrollo del bebé puede resultar afectado para el momento del parto”, detalló.

Como método para que la mujer sufriera menos y también para facilitar el nacimiento del bebé, comentó que “cuando la mujer está en los momentos previos al parto, debe tomar té de manzanilla, para que le quite el frío y nazca rápidamente el bebé”. Agregó que, como mujer, deseaba tener 24 hijos; sin embargo, justo en el undécimo embarazo tuvo una complicación y tuvo que asistir al Seguro Social, donde fue operada mediante una salpingoclasia,

Aunque yo quería tener 24 hijos, en el último (onceavo) me fui al seguro porque venía mal, y me hicieron firmar un papel y fue cuando me hicieron la salpingo, éramos muchas mujeres que estábamos en espera de bebé y nos pusieron un camión en el pueblo y justo a las ocho de la mañana casi se llenó el camión y solo pedí que me

anestesiaron de la mitad para abajo y si me operaron y yo vi cuando me hicieron todo.

En el caso de Silvia León, tuvo 11 partos, todos ellos naturales. Presume que esta es la mejor forma de tener hijos, ya que se muestra confiada en no tener marcas: “Reviseme si tengo alguna marca; nada tengo. Solo es ese momento y así le duele a uno, pero lo siente uno suyo. De la otra forma, tienen al bebé y no quieren ni cargarlo. Acá no, lo natural es que, en cuanto nace el bebé, se lo pasamos a la madre para que le dé pecho” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Tenía 28 años cuando le realizaron la salpingoclasia, ya había tenido los 11 hijos. Su esposo no sabía leer ni escribir, y la actividad rural de muchos jóvenes en Sinaloa consistía en aprender a pastorear animales; no los enviaban a la escuela, sino que se les requería como trabajadores adicionales para sacar adelante el hogar y la familia. En este caso, Silvia León menciona que le enseñó a escribir su nombre para que pudiera firmar. Apoyándose en un hermano suyo, quien era soldado, solicitaron una oportunidad para que él ingresara a trabajar como guardia en el Centro de Readaptación Social, donde trabajó por muchos años. Sin embargo, también fue allí donde lo asesinaron durante una fuga de reos.

La partera y su atención a la mujer en parto

La preparación del espacio para llevar a cabo el parto resultaba más sencilla de lo que parece. Si bien solía realizarse en la recámara principal de la mujer, este debía contar con al menos telas y agua limpia a la mano. Sin embargo, en muchas ocasiones, Silvia León refirió: “Uno encontraba mecates o palos en los cuatro puntos de la cama, porque antes cruzaban los palos macizos y, con los mecates, jalaban a las mujeres para que dieran a luz” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

La forma en que se avisaba a las parteras era muy sencilla: las mujeres embarazadas enviaban a un familiar para notificar que ya iba a dar a luz. No importaba la hora, y la partera acudía al llamado, dejando todo lo que estuviera realizando en su casa. Esa era su vocación. Desde el momento en que llegaba, la partera palpaba el vientre para verificar si el bebé venía en posición adecuada. También palpaba la parte inferior y, si sentía algo duro

y redondo, identificaba que era la cabeza. En ese momento, muchas de las mujeres ya habían ido a componerse unas tres veces antes.

Mi mamá ya sabía cuándo iban a nacer, así cuando iban por mi ama, decía ella, ya sabía yo, y ya les había puesto bien a la criatura, los tres momentos para componer al bebe era primero a los seis meses de embarazo, se daba una revisión de posición con solo tocarle el vientre, el segundo momento era a los ochos meses donde se verificaba que se estuviera acomodando para ya casi salir, y el tercer momento era entre los ocho y nueve meses, volvían para que estén bien y esperar el momento de nacimiento, todo esto tenía que ser con la atención del parto y justo al llegar al momento de parto le daban te de manzanilla, para quitar el frio, le quita el dolor y baja más rápido el plebe (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

En la revisión realizada por la partera, no había una invasión al cuerpo de la mujer embarazada. No se medía la dilatación introduciendo los dedos u objetos. Solo era necesario revisar la posición del bebé. Indicaba que: “Ahora los doctores rápidamente se ponen guantes y le meten los dedos, cuando no es necesario, y en varias ocasiones, cuando el bebé tiene que nacer, tienen que dejarlo salir. No se va a quedar ahí” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Cuando el bebé venía de pies, “se extraía poco a poco”, y se daban instrucciones específicas a la madre para que colaborara de manera natural en el nacimiento. “A cada dolor, empujar poquito, pero si viene de pies, se le jala por los pies. Después se extraen los brazos, primero uno y luego el otro, y finalmente sale la cabeza”, mencionó. Era un trabajo que requería concentración y mucho amor por ayudar a los pequeños. “Ahora, en la atención en el hospital, si viene un niño así, los doctores rápidamente piden cesárea, y si se les pasa el tiempo, el niño puede nacer mal” (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

La placenta y el cordón umbilical

La partera siempre tenía unas tijeras que mantenía en alcohol, era la misma tijera para los diferentes partos, el proceso de corte del cordón umbilical era rápido,

Bastaba que naciera la criatura, le medía una cuarta y ahí le cortaba, y se le tiene que poner aceite de comer, les ponía una gaza y se le ponía sulfateazol, se lo machacaba bien molidito y se le ponía acedito y se le vendaba hasta tres meses.

El proceso de curación debía realizarse cada tercer día, pero únicamente debía enfocarse en el ombligo para evitar problemas, ya que al tercer día este solía caerse. Una recomendación importante era que una mujer que estuviera menstruando no debía tocarlo hasta que el ombligo cicatrizara completamente. En contraste, actualmente se lava y baña todo el cuerpo de la mujer recién parida, algo que Silvia León sostiene que no debería hacerse.

El cordón umbilical, que quedaba en manos de la madre, una vez que se desprendía de la pancita del bebé, en muchas ocasiones se guardaba. Podía encontrarse almacenado en los cajones de las casas, y algunas mujeres incluso le asignaban nombres o interactuaban con él como si tuviera vida. Sin embargo, a la placenta se le otorgaba menor importancia. Según Silvia León, primero se entregaba al marido, quien la enterraba en el patio sin atribuirle mayor significado.

A diferencia de las crónicas de las parteras en estados del sur de México, como Chiapas, donde el acto de enterrar el ombligo y la placenta en la tierra simbolizaba el regreso a nuestro origen: la tierra.

En casos de aborto, cuando se tenía que enterrar al producto, sí se le daba un significado y cuidado especial. “En ocasiones se tenían abortos”, comentó Silvia León, y aunque a su madre y a ella nunca se les murió una criatura, en algunos casos los abortos requerían que la partera extrajera el producto del vientre. En esos casos, solicitaba que lo enterraran y le echaran agua bendita, ya que, de lo contrario, podrían deambular como espíritus o duendes.

En estos casos donde se tienen abortos igual deben tomar pura manzanilla, para sacar a la criatura muerta, abortado adentro, y además les pedía que tomaran chicura por tres meses porque les limpia la panza, esta infusión; incluso hasta uno la puede tomar, es una hoja verde crece grandota la mata y es bien olorosa, pero muy buena para limpiar a la mujer (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Durante el parto, se colocaba sobre el colchón o sobre el catre de jarcia o lona un hule y encima una sábana para recibir a la criatura. Después, estos elementos se retiraban y se lavaban, quedando limpios para ser reutilizados. Anteriormente, se lavaba con hojas de *utatabe*, que se utilizaba como alternativa al cloro. El proceso consistía en hervir la sábana y la ropa, y luego volver a lavarlas. Se elaboraban manojos con ramas verdes de *utatabe* (un arbusto) y se frotaba con ellos la tela, lo que dejaba un tono verde. Sin embargo, al lavarse posteriormente con jabón, quedaba completamente blanca. De igual manera, anteriormente incluso la ropa se limpiaba con esta planta.

La alimentación

Anteriormente, las mujeres lavaban todo lo que utilizaba el bebé, y luego se hervía y se aplicaba almidón. Los pañales eran de franela: un trozo de tela sujetado con alfileres que se reutilizaba durante toda la etapa de recién nacido. En su tiempo libre, las mujeres se dedicaban a confeccionar los pañales, ya que, a los seis meses, los niños ya estaban gateando.

Otro aspecto relevante es que la alimentación postparto no es actualmente considerada un criterio prioritario de salud. En los hospitales se han implementado campañas que promueven la lactancia materna exclusiva; sin embargo, persisten procesos culturales que estigmatizan o desalientan a las mujeres que amamantan en público. Por su parte, la partera sí presta atención a esta etapa e indica que, como mínimo, los primeros seis meses los bebés deben ser alimentados únicamente con leche materna, tanto a sus hijas como a sus hijos.

La alimentación de la mujer, cuando criaba niños, era mucha harina de arroz para generar mucha leche, y el atole que era con mucha agua, debe tomarse antes de darle al bebe porque la leche está caliente con el agua se refresca y así no le da cólicos, y si una mamá está enferma no puede darle leche de pecho a sus hijos.

La madre debía evitar consumir frijoles y carne de puerco, pero sí podía consumir caldos de pollo acompañados de dos o tres tortillas de maíz. Durante la dieta, se le recomendaba no realizar actividades pesadas. Al

recién nacido, desde los tres meses, se le comenzaba a ofrecer un poco de caldo de frijol cocido, administrado con una cucharita. Posteriormente, se le daba caldo de sopa y, más adelante, caldo de pollo. A los cuatro meses, el bebé comienza a buscar alimentos por sí mismo, por lo que se le debe ofrecer comida de manera gradual para fortalecer su estómago progresivamente.

El costo de la atención de partera

Cuando niña, mientras ayudaba a su madre, observaba cómo la gente le entregaba algún dinero u obsequio en agradecimiento. Ella no cobraba directamente, pero siempre surgía una relación de amistad con las madres y sus hijos, al grado de que los niños o niñas le decían "nana" o "abuelita".

Al ayudar a su madre fue como aprendió todo el proceso del parto, y ella sentía que tenía la obligación de ayudar a la gente, tanto a las mujeres como a las criaturas. Los obsequios que recibía podían ser en efectivo, alimentos u otros bienes, como algún animalito para criar y después consumir, o algunos utensilios o productos que los paisanos llevaban a sus comunidades.

La atención como partera disminuyó hasta casi desaparecer en las últimas décadas; sin embargo, la atención a los niños como curandera o sobadora continuó. Sobre su conocimiento como sobadora, señaló que sabe tratar la mollera caída y el empacho. Para el tratamiento, administra semillas de mostaza, las cuales se muelen finamente y se mezclan con aceite de cocina en una cuchara sopera. Esta preparación se administra cuidadosamente en la garganta del niño, acompañada de un poco de agua tibia. También mencionó el uso de azarcón, aunque advirtió que este es peligroso y basta con una pequeña cantidad que se toma con un broche de pelo. Este tratamiento, ya sea con azarcón o semillas de mostaza, se realiza durante tres días.

Se le tiene que dar el remedio cuando se está sobando, y debe ser con aceite y no con agua, porque esta hace que se hinche la pancita (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Reconoce que, actualmente, a pesar de que acuden al médico, los niños no logran recuperarse, y entonces los llevan a ella. Sin embargo, les solicita firmar un documento en el que se establece que ella no es responsable. A pesar de ello, las familias acuden con plena conciencia. Reconoce que "siempre se han curado bajo mi cuidado". Relató la experiencia que tuvo con una niña.

La niña tenía semanas enferma y ningún doctor le curaba. y paso por aquí y. les dije que la bajaran del carro para verla y ella llegó por un milagro de Dios; la niña llevaba un calenturón, ya se miraba sin fuerzas, le pedí permiso a la mamá para sobarle porque le noté que traía las dos mulleras caídas, empachada también, y le dije que si no le ponía mano se le iba morir, la agarré, la sobé las dos mulleras, atrás en las corvas y a los diez minutos la niña se puso como si nada, después de eso se fueron nuevamente a los EE UU, y sé que la niña ya creció (S. León, comunicación personal, 24 de mayo de 2024).

Ella menciona que le pide a Dios que le ayude para curar a las criaturas, ya que profesa la religión católica. Entre sus logros, destaca que ninguna criatura murió bajo su cuidado ni bajo el cuidado de su madre. Según Alarcón et al. (2011), quienes retoman a Sibley LM (2007), "los estudios promovidos por la OMS, realizados entre 1970 y 1990, demostraron que la capacitación de parteras rurales reducía la mortalidad prenatal y postnatal, y ligeramente la mortalidad materna" (p. 193). En los casos donde los bebés venían mal posicionados, ellas los acomodaban, razón por la cual solicitaban que las atendieran desde los seis meses de embarazo. Sin embargo, algunas mujeres llegaban con el bebé en posición de pies, debido a que no acudían con suficiente antelación. A pesar de ello, las criaturas nacieron.

Rosario López Valenzuela

En las próximas dos entrevistas, se abordan los testimonios de mujeres que tuvieron la oportunidad de dar a luz a sus hijos con atención de partera en la forma tradicional. Se describe su vivencia y forma de entender la maternidad desde el embarazo, parto y puerperio. La primera mujer entrevistada es de una comunidad rural, y la segunda, de una comunidad

urbana ubicada en la periferia de Los Mochis, Sinaloa.

La señora Rosario López Valenzuela fue atendida por partera y nos comparte su experiencia en los 10 partos que vivió. Ella decidió que fueran de forma tradicional, con partera, porque conocía a esta última, ya que vivía en su comunidad rural llamada El Guayabo, ubicada en la cabecera de la sindicatura Heriberto Valdez Romero del municipio de Ahome.

El último parto ocurrió en una clínica debido a complicaciones. Ella comenta que “ocurrió un desprendimiento prematuro de placenta”, por lo que fue operada y no tuvo más hijos. Sus nueve hijos nacieron con vida gracias a la atención de la partera Doña Chuy, quien le fue útil porque la ayudó a conocer su cuerpo, proporcionándole orientaciones, pláticas y consejos. Estos le permitieron saber cuándo iba a nacer el bebé y en qué posición se encontraba.

De sus experiencias (nueve partos), declara que ella mandaba llamar a la partera, y ocho de los nacimientos ocurrieron en su casa, todas niñas. Explica que esto le daba confianza porque en la recámara donde nacieron sus hijas siempre estaban su madre y sus tías, además de que la partera ya se había convertido en amiga de la familia. “Doña Chuy ya había atendido a mis tías, hermanas y amigas; todas me hablaban bien de ella, me dieron tranquilidad y me enseñaron a ver la maternidad como algo natural y que todo saldría bien”.

En circunstancias difíciles, en una ocasión, “el bebé estaba en posición transversal, y ella me lo enderezó”. Decía: “Este quiere nacer de cabeza, pero se la va a volar, y me lo acomodaba”. Sobre la relación con su primer esposo, reconoce que él quería tener muchos hijos, buscando específicamente varones, pero ella tuvo únicamente hijas. Él no valoraba a las hijas.

Pero yo le aguanté mucho a mi primer esposo, tenía miedo en dejarlo, porque antes la mujer que dejaba al marido, la gente murmuraba que uno tenía otro, a pesar de que uno tenía años con él, pero fue mi mamá quien me animó a dejarlo, porque me hizo ver que, a él, no le importaban mis hijas sino solo estar conmigo, y lo dejé (R. López, entrevista personal, 8 de junio de 2024).

En aquel entonces, muchas mujeres hacían comentarios negativos, y eso no me gustó. Sin embargo, era común que hablaran mal de alguien como

madre soltera. Cuando se convirtió en madre soltera, comenzó a trabajar y compró una máquina de coser. Con esa actividad, sacó adelante a sus hijas. Hasta la fecha, señala que sigue haciendo su propia ropa, desde trajes hasta vestidos.

Una mujer rural suele empezar temprano a tener hijos, y ella tuvo su primer hijo a los 20 años. Relata que todos sus hijos están vivos, incluyendo al varón. “Hoy, la mayor vive en Guamúchil (municipio de Sinaloa), de nombre Esther Alicia. Yo quería ponerle Virginia, pero mi suegra me dijo que había una ‘loquita’ con ese nombre, así que ella le puso Esther Alicia, aunque le decimos Virgen”. Cada dos años tuvo hijos, y todos nacieron sin complicaciones. A diferencia de su madre, quien tuvo tres pares de gemelos, ella esperaba tener al menos un par de gemelos.

El décimo hijo fue hombre, pero ¡ay! de mi segundo esposo, y ese lo tuve en el hospital y con cesárea, me metieron cuchillo y nació mi hijo, y fue ahí mismo que me operaron para no tener más y sin preguntarme, había una jornada de eso para las mujeres, hacernos salpingo y así ya no tuve (R. López, entrevista personal, 8 de junio de 2024).

La madre de la señora Rosario López Valenzuela tuvo 24 partos. Cuenta que su padre era muy enamorado y tuvo otros hijos fuera del matrimonio, pero antes era algo normal. En sus palabras, se percibe entre líneas la cultura machista que prevalecía en el Ahome rural, así como la idea de la mujer sobre la infidelidad.

A sus 84 años, aún tiene buena vista para la costura, pero durante los partos debía cuidarse utilizando azufre en los pies. Su madre le aplicaba este remedio para evitar espasmos; el olor era muy intenso, y no se bañaba hasta después de 42 días. Sin embargo, en ambos casos, ella se aseaba, aunque no tanto como hubiera deseado.

Luego, preparaba cilantro cocido en agua como infusión y lo tomaba. Explica que su hermana, quien no siguió estos cuidados, sufrió convulsiones, y ella le dio ese té, gracias a lo cual mejoró su estado. “Tenía razón mi madre”, afirmó.

En cuanto a los alimentos, estaba prohibido ingerir picante y frijoles hasta que pasaran al menos 20 días después del parto. A los recién naci-

dos solo se les daba pecho. Sin embargo, con su último hijo ocurrió algo diferente: este no aceptó el pecho. Incluso intentaron darle leche materna con una cuchara, pero no la aceptó. Por ello, tuvieron que proporcionarle fórmula láctea en polvo. A los tres meses, comenzó a alimentarse con caldo de frijol recién cocido, caldo de pollo y caldo de cazuela, alimentos que sí disfrutaba.

Para sobrevivir con siete hijas y sin esposo, explicó que el apoyo de los hijos mayores es fundamental. En la experiencia de la señora Rosario López, educar a las dos primeras hijas para que ayuden en los quehaceres del hogar fue clave. Así lo hizo ella: educó a las dos primeras hijas, quienes atendieron a sus hermanas menores. Ella se dedicó por completo a sus hijas e hijo hasta el nacimiento del último, que fue varón. Ya tenía 35 años de edad cuando la operaron en la clínica del IMSS durante una campaña de ligaduras de trompas (salpingoclasia). Muchas mujeres, incluida ella, fueron operadas en esa jornada.

De las enseñanzas que le dejó su madre, decía: “Tener a los hijos en el vientre durante nueve meses es fácil; criarlos toda la vida es lo difícil”. Siempre tuvo el apoyo de su madre en las atenciones y cuidados durante sus embarazos, partos y postpartos. Por el contrario, su padre no participaba en las labores del hogar, e incluso no permitió que continuara sus estudios más allá de la primaria (seis años).

Entre las atribuciones que recuerda Rosario López está que la partera le revelaba cuándo nacería el bebé y cuánto tiempo le faltaba. Destaca que nunca se equivocaba: “Ella me decía cuándo ya estaba a punto de nacer y era muy exacta en predecirlo”.

La señora Rosario López reside en la comunidad conocida como El Guayabo. Vive sola; su segundo esposo falleció hace 15 años. Sin embargo, semanalmente la visitan sus hijas, y su hijo vive justo al lado de su casa. Ella afirma que siempre ha sido independiente y que, en esta etapa de la vejez, seguirá siéndolo. En su casa se guardan muchos recuerdos: muebles, juguetes y fotos de sus hijas e hijo, objetos a los que no se atreve a renunciar.

En su primer matrimonio tuvo siete hijas, y en el segundo matrimonio tuvo cuatro embarazos, de los cuales sobrevivieron tres: dos mujeres y un varón, este último el más joven. Sus hijas tuvieron pocos hijos, y hoy la se-

ñora es tatarabuela. Su hija mayor tiene 72 años y es bisabuela. Su segundo esposo, de nombre Trinidad, falleció a los 84 años debido a un accidente, y todas sus hijas coinciden en que lloraron más su pérdida que la de su padre biológico.

Su primer esposo, José Zavala, se volvió a casar y tuvo otros diez hijos, todos varones, mientras que con ella tuvo siete hijas.

Sobre Doña Chuy, la partera de El Guayabo, cuenta que murió de vieja y que ayudaba a acomodar a las criaturas y a realizar los partos. Cuando nacían, “era quien sobaba a los bebés”. Reconoce que Doña Chuy le exigía mucho cuidar su alimentación. Debía consumir quelite, nopales, chichi-quelite, queso, requesón, leche ordeñada fresca, mantequilla, tamales de garbanzo, frijol serahui, yurimuni, frijol en caldo con bolitas de masa (similares a albóndigas), guisados de masa con verduras y chile, todo muy rico. También acelgas, espinacas y calabacitas, todo natural y recién recolectado del monte.

El alimento lo cortaba ella misma directamente de las tierras, lo lavaba, lo cocinaba y lo consumía. Había amplios espacios disponibles para cultivar hortalizas en su hogar. Su padre era ejidatario y tenía las costumbres del hombre de campo, incluida su gastronomía. Reconoce que, al morir su padre, él intentó heredarle la tierra, pero ella no la aceptó y se la cedió a su hermano Rigoberto, a quien llamaban “Tino”. Este nunca le dio un peso para apoyarla después de la muerte de su padre, ya que vendió la tierra.

El agua que consumían provenía de una noria, obtenida del pozo del patio. Siempre desechaban la primera agua, y el segundo chorro lo utilizaban para beber o preparar la comida. Ella tenía una noria en su patio.

13 de febrero de 1930, nació la señora Rosario López Valenzuela; sus hijas Esther Alicia (le dicen virgen), Carmina Aida le dicen chiquita, porque le preguntaban por una hija y ella preguntaba cuál, la grande o la chiquita, y se le quedó chiquita; Julia, Niovejila y la abuela no la podía mencionar y le quedó chachita; Guadalupe, Bertha, Celia, Rosario, Ramona, Luz le dicen monche; Julio César y tuvo un aborto de tres meses, no supo que era.

Dice que salió solo el aborto que tuvo, en la noria donde iba por agua, ella tenía que ir a traer cubetas y por el esfuerzo y tuvo hemorragia y fue en el hospital que la curaron, y reconoce que le decían el monito, pudo haber

sido hombre, sostiene.

Dora Ardizoni Vázquez

La maternidad de la señora Dora Ardizoni Vázquez la vivió en ocho ocasiones. Nació el 2 de octubre de 1966 y tiene 58 años de edad. Está casada con Fidel Echavarría Quintana, de 63 años. Sus hijos llevan por nombre Norma Alicia, Diana Vianey, Fidel, Dora Daniela, Edgar, Liliana, María Guadalupe y Alondra. De ellos, los primeros siete partos fueron atendidos de manera tradicional, y el último ocurrió en una clínica, donde nació su hija y le practicaron una salpingoclasia.

Una característica de Dora Ardizoni es que, a pesar de residir en la ciudad de Los Mochis, Sinaloa, su primer parto tuvo lugar en la sierra de Sinaloa, al norte, en el municipio de Choix. Solicitaba atención médica; sin embargo, no tuvo la oportunidad de ser atendida ni por un médico ni en un hospital, ya que en su lugar de origen no existía una clínica, y los médicos no acudieron. Por ello, tuvo que ser atendida por una partera. La experiencia fue tan cercana y reconfortante que, en sus siguientes partos, ella solicitaba ser atendida por parteras, incluso viviendo en la ciudad.

Tuvo ocho hijos, siete de ellos atendidos por parteras. Proviene de Bacayopa, Choix (sierra de Sinaloa), y su primera hija nació allí hace 40 años, cuando tenía apenas 17 años. El parto duró dos días; los dolores comenzaron el 22 de septiembre. Una característica distintiva de las parteras es que, desde el momento en que empiezan los dolores del parto, la partera permanece junto a la mujer. En este caso, la partera estaba ocupada en otra labor de parto, pero gracias a la señora Karlota Bojórquez, quien había colaborado con otra partera, recibió asistencia. En ese momento, también llamaron a un sobador de la comunidad, conocido como “los tenedores”, quien comenzó a indicarle a Karlota Bojórquez qué hacer. Comenta:

En cuanto llegó me tocó y dijo que ya iba a salir y que era niña, y empezó a amarrarme con una sábana, y el señor le decía como moverme a la plebe en la pansa para que saliera y salió rapidito mi hija, y desde entonces la señora Karlota se hizo partera oficial y tuvo muchos partos (D. Aridzoni, entrevista personal, 6 de julio de 2024).

Una vez que se trasladaron a vivir a la ciudad de Los Mochis, ella se embarazó en varias ocasiones y pedía que le buscaran una partera. Llegaron con la señora Tomasa, a quien conocían como la machi, quien residía en la colonia 72. Según relata Aridzoni:

"Ella atendía los partos de aquí en Los Mochis, y prefería la forma natural porque ya se empezaba a escuchar que en el seguro solo realizaban cesáreas y les practicaban salpingectomías". (Aridzoni, D., comunicación personal, 6 de julio de 2024). Según esta narrativa, el miedo de las mujeres radicaba en perder la oportunidad de tener más hijos

Vivíamos ya en Mochis rentando una casita y me embaracé de mi segunda hija, yo quise tenerla con partera, por miedo a que me operaran en el seguro, pero yo solo sabía que esa señora, la machi, sobaba, y justo días antes del parto, me dio cólicos y fui a tratarme con ella y me atendió y a los días me ayudó con el parto, al final nos hicimos comadres, y ella contaba que del seguro le hablaban para sacar a las criaturas (D. Aridzone, entrevista personal, 6 de julio de 2024).

Sobre los cuidados que debía tener, explica que cuando nacía la criatura, esta tenía que estar bien envuelta en trapos, incluso la cabeza con paños ajustados. Además, menciona que era su madre quien le indicaba cómo cuidarse. A pesar de que éramos doce hermanos, su madre le ayudó en cada caso, y dado que los doce nacimos con partera, considera que constituía una tradición cultural familiar confiar en las parteras y sentir temor hacia los médicos.

Mi última hija fue de milagro, tenía 39 años, el problema fue porque dice el doctor que tenía dos úteros y me decían que era la menopausia y, nada, era una niña y el doctor me preguntó si me hacía el salpingo y le dije que sí, y me confesó que ya me lo había hecho.

Entre los procedimientos que recuerda, menciona que le pedían facilitar el descenso del bebé: "Para facilitar el parto y que naciera con mayor facilidad, le pedían realizar tareas ligeras, como caminar o recolectar calabacitas u otros alimentos para preparar la comida. Después de eso, ingresaba a la

recámara y daba a luz". Manifiesta tener plena confianza en la atención y el conocimiento de las parteras.

Después del parto, el cuidado del recién nacido comenzaba en el ombligo, el cual se limpiaba con alcohol para evitar infecciones o complicaciones. Además, se utilizaba una faja, aunque actualmente se ha desaconsejado su uso. Anteriormente, también se colocaba en el ombligo para brindar protección adicional. El recién nacido se limpiaba cada tres días y se mantenía protegido para evitar que le afectara el aire. En cuanto a la madre, se recomendaba evitar el baño, ya que se pensaba que quienes se bañaban podían contraer resfriados u otras enfermedades.

La alimentación de los bebés consistía exclusivamente en leche materna durante los primeros meses, complementada posteriormente con agua tibia y té. Enfatiza que, en todos los partos, cumplió estrictamente con las indicaciones tanto para ella como para sus hijos. Asimismo, siempre cumplió con el plan de vacunación, para lo cual acudía al centro de salud o al hospital general.

La partera les decía que la luna determinaba la fecha de nacimiento, y en esa fecha nacía el bebé. Para facilitar el proceso, se utilizaba té de manzanilla. "En una ocasión, no lograba expulsar la placenta y la partera me indicó que me colocara sal en las manos. Experimenté un cólico y la placenta salió". Cuando nacían mis bebés, llegaban comadronas que me pedían estar presentes en el parto, y siempre había alguien acompañándome. Ellas tenían hijos, pero estos habían nacido en hospitales, y querían presenciar un parto tradicional.

Las placentas se enterraban en un pozo ubicado en el patio. Nos decía la partera que no debíamos desecharlas. De las que nacieron con partera, la del hospital no sé dónde quedó. Los restos del cordón umbilical también los conservaban, a los que llamaban moñonsitos. Todo lo que se utilizaba durante el parto tradicional, como ropa o sábanas que se ensuciaban, se lavaba cuidadosamente o se desechaba.

Durante la cuarentena, su alimentación incluía lentejas, frijol yurimuni, caldos de patata, de pollo, tortillas doradas o tostadas sin grasa, atoles de masa y caldo de albóndigas de res. Se recomendaba evitar el consumo de carne de cerdo, considerada perjudicial, así como el frijol café.

Por último, basándose en la experiencia vivida con el último parto, afirma que la diferencia entre el parto natural y la cesárea radica en el dolor, ya

que este último persiste por mucho tiempo y genera temor a que se abra la cicatriz. En cambio, el parto natural solo implica dolor momentáneo, tras el cual la mujer queda disponible para retomar sus actividades, incluida la atención de sus otros hijos y su esposo.

La vida cotidiana continuaba y las responsabilidades eran las mismas. La mujer, aún en estado de recuperación después del parto, seguía con sus rutinas. Solo acudían en apoyo familiares cercanos, como su madre o, en raras ocasiones, tías o hermanas.

Conclusiones

A partir del pleno ejercicio de derechos, donde la mujer pueda ejercer de manera libre e informada su sexualidad y reproducción, se puede favorecer la maternidad y el acceso a los servicios universales de salud sexual y reproductiva, así como materno-neonatales. En este contexto, es importante que la mujer esté acompañada por una partera. La atención de salud que brindan las parteras, como recurso humano del sistema de salud en México, se centra en el seguimiento prenatal, el monitoreo del embarazo, el apoyo durante el puerperio y la promoción de la salud sexual y reproductiva. Esto genera satisfacción en las mujeres y sus familias, mejorando las condiciones de acceso a los servicios de salud. La transmisión de saberes mediante el diálogo, las acciones y los encuentros entre parteras es clave en los escenarios comunitarios, donde convergen la cultura y la práctica ancestral de la postura del nacimiento, orientada a atender de manera participativa las necesidades de la mujer y el niño.

Para alcanzar un punto de encuentro entre la medicina occidental y la ancestral, es necesario fomentar la transferencia de conocimientos, la confianza y el respeto hacia la autonomía de los saberes tradicionales. Esto debe realizarse en un escenario de privacidad entre la partera, su ayudante, la mujer y su hijo, acompañados de sus seres queridos. La partera es una figura que forma parte del recurso humano prestador de servicios de salud, aunque desarrolla su labor en entornos comunitarios y con recursos limitados. Su quehacer ha contribuido significativamente al campo de la obstetricia.

Para que las parteras puedan ejercer como tales, con un reconocimiento destacado en la prestación de servicios en sus comunidades, deben contar

con un respaldo normativo en áreas de educación, empleo y liderazgo. La diversidad cultural valora las diferencias en los saberes y el conocimiento sobre la forma de entender la vida. Esta concepción también abarca las formas de llegar a la vida, permitiendo comprender el proceso más natural de incorporarse a este espacio del universo. Se mantiene la idea de equidad entre los diferentes elementos que conforman lo natural. Por ello, durante milenios, las mujeres han sido las encargadas de recibir nuevas vidas. En la cultura yoreme del norte de Sinaloa y en el mestizaje sinaloense, ha permanecido viva la tradición de la partera, quien guía el camino hacia la vida.

La construcción de comunidad se observa en todas las historias narradas por las mujeres participantes en esta investigación. Surgían amistades duraderas, vínculos de comadrazgo y un sentido de familiaridad entre la partera y la mujer que experimenta su maternidad de manera tradicional. El hecho de estar en un espacio seguro elimina la posibilidad de violencia obstétrica en el parto tradicional. Esto se evidencia porque ninguna de las mujeres lo menciona; en los casi veinte partos vividos por las protagonistas de esta investigación, no se observaron señales de maltrato. Por el contrario, manifestaron haber recibido atención y cuidado, lo que les generó confianza para continuar optando por este tipo de parto.

La atención de las parteras tenía una base emocional y de amistad. Se brindaba en la intimidad del hogar, en la recámara de uso diario, lo que fomentaba una sororidad entre mujeres que comprendían el proceso de la maternidad y buscaban fortalecerlo compartiendo experiencias de vida.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a las mujeres que participaron en este trabajo. El respaldo que recibimos como equipo de investigadores por parte de nuestras familias fue invaluable; sin su apoyo, no sería posible continuar contribuyendo a la sociedad, la academia y las ciencias. Además, reconocemos el impulso que brinda el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, como el principal impulsor de la investigación científica desde cada universidad.

Referencias

- Alarcón-Nivia, M. Á., Sepúlveda-Agudelo, J., & Alarcón-Amaya, I. C. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195.
- Asociación de parteras profesionales. (2024). *La profesionalización de la labor de la partera*. <https://asociaciondeparterasprofesionales.org/parteras/>
- Atkin, L., Keith-Brown K, Rees MW, & Sesia P. (2016). *Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México*. Fundación John D. and Catherine T. MacArthur. *Iniciativa-de-la-Fundación-MacArthur-para-promover-la-partería-en-México.-Informe-de-la-línea-de-ba-se-de-la-evaluación_compressed-1.pdf*
- Botteri, E., & Bochar-Pizarro, J. E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México). *Alteridades*, 29(57), 125-135. Doi: <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/botteri>
- Celmira, L., & Cardenas, C. (2009). Entre la necesidad y la fe: la partera tradicional en El Valle del Río Cimitarra. *Ciencia y enfermería*. 16. 10.4067/S0717-95532010000100008.
- Comisión de los Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2021). *La CDHCM reconoce el trabajo de las parteras*. <https://cdhcm.org.mx/presentacion-2/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2015). *Unen esfuerzos para el impulso de la partería en México*. <https://mexico.unfpa.org/es/noticias/unen-esfuerzos-para-el-impulso-de-la-parter%C3%AD-en-m%C3%A9xico>
- Fondo Nacional de las Naciones Unidas. (2015). *Unen esfuerzos para el impulso de la partería en México*. <https://mexico.unfpa.org/es/noticias/unen-esfuerzos-para-el-impulso-de-la-parter%C3%AD-en-m%C3%A9xico>
- Gobierno de México. (2019). *El papel de la partería*. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/articulos/el-papel-de-la-parteria>
- Gobierno de México. (2023). *Las parteras mexicanas, sabiduría ancestral*. <https://www.gob.mx/agn/articulos/las-parteras-mexicanas-sabiduria-ancestral?idiom=es>
- Gobierno de México. (2023). *Las parteras mexicanas, sabiduría ancestral*. Dis-

- ponible en: *Las parteras mexicanas, sabiduría ancestral*. Archivo General de la Nación. Gobierno. www.gob.mx
- Gómez-Torres D., García-Reza C., & López-Ocampo, C. O. (2011). Ticitl: ser y hacer. Personajes divinos antecesores de la enfermería perinatal mexicana. *Texto & Contexto Enfermagem*. 20, 94-99.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2019). *Partería para el bienestar*. <https://gire.org.mx/blogs/parteria-para-el-bienestar/>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza-Torres C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill. Interamericana editores, S.A. de C.V. Primera edición. Ciudad de México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). La partería profesional en México ¿hacia dónde va? <https://www.insp.mx/avisos/4315-seminario-parteria-insp.html>
- International Confederation of Midwives. (2022). *Historia de la partería*. ICM. internationalmidwives.org
- International Confederation of Midwives. (2024). *Definición de la partería*. ICM. internationalmidwives.org
- Jean, T. & Bramall, J. (1997) *Comadronas en la historia y en sociedad*. Barcelona, Masson.
- Juárez, J. (2017). *Una epidemia de cesáreas innecesarias en México*. <https://www.nytimes.com/es/2017/08/28/espanol/america-latina/una-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-mexico.html#:~:text=Dos%20de%20cada%20tres%20ces%C3%A1reas,de%20Salud%2C%20realizadas%20en%202015.>
- Lázaro-Carreter, F. (1997) *El dardo en la palabra*. Barcelona: Editorial Galaxia Gutenberg/Círculo de Lectores
- López Guerra, V., & Rojas, O. L. (2017). Rezagos en el nivel de autonomía de las mujeres rurales mexicanas en la primera década del siglo XXI. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 32(2), 315-354. <https://doi.org/10.24201/edu.v32i2.1644>
- Macías-Madero, A. (2023). Partería. *Memoria Universitaria*. 4(5). <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/MemUni/article/view/1975>

- Millán Echeagaray, Silvia. (s/f). Remembranza de la Paskola de Capomos. http://rmcps.unam.mx/wp-content/uploads/articulos/113_114_09_remembranza_millan.pdf
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Parteras tradicionales: salvar vidas conjugando los saberes de las medicinas ancestral y occidental*. <https://www.paho.org/es/historias/parteras-tradicionales-salvar-vidas-conjugando-saberes-medicinas-ancestral-occidental>
- Organización Mundial de la Salud. (1979). *Parteras tradicionales*. Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud. Ginebra. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41678/9243700448-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Parteras Tradicionales*. Biblioteca OMS. [9243561502_spa.pdf](https://www.who.int/bitstream/handle/10665/9243561502-spa.pdf?sequence=1); [jsessionid=33DDE945C038EC4631C-6FC12C07DED4D](https://www.who.int/bitstream/handle/10665/9243561502-spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Un nuevo informe da la alarma sobre la escasez mundial de 900 000 profesionales de la partería*. <https://www.who.int/es/news/item/05-05-2021-new-report-sounds-the-alarm-on-global-shortage-of-900-000-midwives>
- Ramón-Medellín, M. (2022). *La partería tradicional: derecho cultural de los pueblos indígenas*. El camino de la inclusión de la auge, caída y reivindicación. Comisión Nacional de los Derechos Humanos del estado de México. https://www.codhem.org.mx/wp-content/uploads/2022/11/DH-Magazine-parteras-agosto_COMPLETA-digital.pdf
- Secretaría de Salud. (2008). Secretaría de Salud. (2008). *Encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales*. México.
- Secretaría de Salud. (s.f.). *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*.

Entrevistas

Ardizoni Vázquez, Dora. Los Mochis, Sinaloa. Entrevistada por Luis García Valenzuela, Narce Dalia Reyes Pérez y Perla Murua Guirado. julio de 2024

López Valenzuela, Rosario. Los Mochis, Sinaloa. Entrevistada por Luis García Valenzuela, Narce Dalia Reyes Pérez y Perla Murua Guirado. junio de 2024

León Meléndrez, Silvia Elena, Los Mochis, Sinaloa. Entrevistada por Luis García Valenzuela, Narce Dalia Reyes Pérez y Perla Murua Guirado. mayo de 2024

Capítulo 3

Análisis Sociojurídico de la Medicina y la Partería Tradicional

Sociolegal Analysis of Medicine and Traditional Midwifery

Janeth Yolanda Gastélum Urquidy⁹

Luis Felipe Bernal Hernández¹⁰

Celenne Judith Mariscal de Dios¹¹

<https://doi.org/10.61728/AE24002820>



⁹ Profesora Investigadora Tiempo Completo Asociada D por la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** janethgastelum@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0006-7605-295X>.

¹⁰ Profesor Investigador Tiempo Completo Titular C por la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** luisbernal@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-4879-2783>.

¹¹ Profesora Investigadora Tiempo Completo Titular C por la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** celennemariscal@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-6401-7598>.

Resumen

El ejercicio de la medicina ancestral y la partería tradicional siguen siendo las prácticas de salud por antonomasia en las zonas lejanas de los centros de salud pública, sobre todo en asentamientos de grupos étnicos. Los conocimientos cosmogónicos, culturales y hábitos de las comunidades son acciones internalizadas que determinan la composición de la estructura social. De ahí que, de forma socializada, los remedios herbolarios de la flora mexicana sigan utilizándose para la sanación de algunas enfermedades.

A pesar de ello, con la llegada de la modernidad, a finales del siglo XV y hacia el siglo XVII, surgieron barreras que buscaron desaparecer el servicio de partería tradicional. En un primer momento, con la formación académica universitaria en el área de la medicina, se argumentó la carencia de ciencia en el quehacer de los médicos tradicionales y las parteras, además de acusaciones de brujería y alquimia. Sin embargo, la escasez de médicos hacia finales del siglo XVIII permitió el reconocimiento de la figura médica ancestral, denostada décadas atrás.

De esa manera, desde el siglo XIX hasta la fecha, la práctica de la herbolaria y la partería tradicional han sido incluidas en las regulaciones jurídicas, tanto en leyes y tratados internacionales como en normativas nacionales y reglamentos. Así, las parteras tradicionales son agentes comunitarios de salud que forman parte de la medicina tradicional indígena, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano.

Introducción

En el contexto de las sociedades contemporáneas, la medicina ancestral y la partería tradicional continúan siendo fundamentales en el acceso a la salud, particularmente en zonas rurales y comunidades étnicas alejadas de los centros de salud pública. La profunda relación entre estas prácticas y los conocimientos primarios del origen de las civilizaciones, culturales y

los hábitos de las comunidades indígenas refleja una estructura social en la que el bienestar no se concibe únicamente desde la perspectiva biomédica moderna, sino desde una representación integral que incluye el equilibrio con la naturaleza, la herbolaria y las formas de curación comunitarias.

Desde una perspectiva histórica, la partería tradicional ha sido vista como un pilar en la atención de la salud reproductiva y la sanación, especialmente en contextos donde la atención formal es escasa. No obstante, con la llegada de la modernidad y el auge de la medicina formal, las prácticas tradicionales fueron marginadas. A finales del siglo XV y durante el siglo XVII, el auge del racionalismo médico, basado en el empirismo y la ciencia formalizada, condujo a una estigmatización de las parteras y los curanderos, calificándolos de brujería y alquimia. Esta deslegitimación se consolidó con el surgimiento de las universidades y la educación formal en medicina, que se presentó como el único conocimiento válido en el cuidado de la salud.

Sin embargo, hacia finales del siglo XVIII, la incapacidad de los sistemas de salud formales para cubrir todas las necesidades de la población, en especial en las zonas más remotas, llevó a un redescubrimiento y reconocimiento del valor de la medicina tradicional y de la partería, debido a la insuficiencia de médicos y a la efectividad de las prácticas ancestrales. A partir del siglo XIX, las prácticas de la herbolaria y la partería tradicional fueron incorporadas en las normativas de salud, tanto en el ámbito nacional como internacional, consolidándose en tratados, leyes y reglamentos que reconocen a las parteras tradicionales como agentes comunitarios de salud, cuyo papel es fundamental en la medicina tradicional indígena.

Hoy en día, tanto la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) como el marco normativo mexicano reconocen el rol de las parteras tradicionales como un componente esencial del sistema de salud, integrando su saber y prácticas en una visión holística de la atención sanitaria. Desde un análisis jurídico y sociológico, esta inclusión revela una transición desde la marginalización hacia el reconocimiento formal, aunque persisten desafíos en cuanto a la integración plena de estos saberes en un sistema de salud cada vez más globalizado. Así, las parteras tradicionales no solo simbolizan la continuidad de los saberes ancestrales, sino también la resistencia frente a modelos de salud homogéneos que no siempre responden a la diversidad cultural y social de los pueblos.

Finalmente, puede decirse que los últimos cambios en la materia señalan que la partera u hombre partero tradicional es una persona que pertenece a comunidades indígenas, afromexicanas, rurales o urbanas y que, a través de la transmisión intergeneracional o comunitaria, adquiere los conocimientos y prácticas tradicionales para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, inscritos en sus cosmovisiones y el uso de sus recursos bioculturales, y que es reconocida por su comunidad. Se establece además la obligatoriedad de que el sector salud dote a las parteras de certificados de nacimiento, siempre y cuando estén vinculadas con el sector salud, procurando con ello el derecho del recién nacido.

Marco Teórico

Ante los embates del tiempo, el deterioro físico del ser humano, accidentes y enfermedades de temporada, los grupos tribales y étnicos aprendieron a clasificar las hierbas, sobar golpes, acomodar huesos, bajar fiebres y traer bebés al mundo. Así, algunos miembros de las tribus se volvieron hábiles en el uso de remedios ancestrales.

La medicina ancestral es la suma de conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, explicables o no. Aún hoy en día, en algunos lugares se utilizan para sanar y prevenir enfermedades, diagnosticar estados de la enfermedad, procurar la mejora y el tratamiento de enfermedades físicas y mentales (*Organización Mundial de la Salud, 2023*).

Desde tiempos ancestrales, la medicina tradicional ha servido como un complemento para la salud de las personas en los diferentes grupos sociales. Por generaciones, los brujos, curanderos y, más recientemente, los médicos ancestrales han transmitido sus conocimientos y secretos médicos de generación en generación. Así, los grupos sociales y, dentro de ellos, los actores sociales han sistematizado sus saberes a través de las experiencias con la salud y el comportamiento de las enfermedades.

De esta manera, los sanadores fueron configurando las nociones y conocimientos en el área de la salud, así como en otras dimensiones de sus vidas. En este orden de ideas, es posible detectar la visión dialéctica que propone Giddens (1991) a partir de la estructuración social, ya que en ella

se plantea la existencia de un sistema social definido como “conjunto de relaciones reproducidas entre actores y colectividades organizadas como prácticas sociales regulares” (p. 17).

La teorización de Giddens (1991) revela la relación que se genera entre la estructura y la acción, la primera como mediadora de la acción individual de los sujetos sociales, la segunda como condicionante de las prácticas sociales. Es decir, son las estructuras las que hacen posible las prácticas sociales similares a través del tiempo y del espacio (Ibíd.).

De acuerdo con la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), al menos 170 países reportan que, a la fecha, aún utilizan la medicina tradicional. Dentro de estas prácticas, la acupuntura es la forma más común, ya que al menos 113 países la emplean. Además, se reporta que países altamente industrializados hacen uso de alguna forma de medicinas ancestrales; por ejemplo, al menos el 42 % en Estados Unidos, el 48 % en Australia, el 49 % en Francia y el 70 % en Canadá (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Por su parte, México es el segundo país con mayor uso de plantas medicinales; el 90 % de la población mexicana en algún momento ha utilizado algún tipo de hierba medicinal. Esto se debe a que en el país existe una gran cantidad de especies florísticas. Sin embargo, a pesar de la abundante herbolaria mexicana, solo el 5 % de las plantas utilizadas han sido estudiadas científicamente (Vázquez-Benítez, Balbina, 2022).

Es evidente que las prácticas médicas aprendidas han sido socializadas a lo largo del tiempo. Esto ocurre a pesar de que las estructuras no existen en el tiempo y el espacio, sino solo, como diría Held (1986), “en las actividades de los agentes sociales, donde los sujetos son los que llevan consigo las prácticas sociales” (Held, 1986, p. 249). De tal manera que no se puede hablar de una sin hacer referencia a la otra. Las personas actúan en correspondencia con lo que la conciencia social les dicta; en ese sentido, el tratamiento a la salud no es la excepción, como en el caso de la automedicación con plantas medicinales, que Montes de Oca y Zamora (2020) explican de la siguiente manera:

Los individuos actúan en correspondencia a lo que la conciencia social les dicta y en muchas ocasiones, como en el tratamiento a su salud, estos actos no responden a lo que está legitimado, tal es el caso de la automedicación con plantas medicinales. Podemos decir

que la tradición acumula una memoria histórica colectiva que reproduce simbólicamente hábitos, costumbres y modos de vida que se particularizan en manifestaciones espontáneas, cotidianas, no necesariamente institucionalizadas que van conformando el folclor médico como parte de una cultura popular. (Montes de Oca, W. & Zamora L., 2020)

Es decir, los sistemas sociales encuentran sentido en sus realidades socialmente construidas, donde sus metarrelatos adquieren relevancia en tanto las prácticas culturales son socializadas por los agentes adecuados para cada acción social. De ahí que, en toda expresión social, las tradiciones se constituyan en prácticas culturales. Sin embargo, al ser la sociedad un sistema, esta se ve alterada por prácticas exógenas que modifican su propia estructura, no solo de tipo sociocultural, sino también jurídicas y políticas.

Si bien es cierto que el *habitus*, entendido como la acción sistemática del conjunto de prácticas individuales y grupales, permite un desarrollo social coherente que mantiene en equilibrio los condicionamientos sociales, también opera a nivel individual al internalizar las prácticas de la estructura social.

Ahora bien, antes de que la medicina convencional se introdujera en el mundo moderno, la partería tradicional era el modo habitual de ayudar a la madre gestante a llevar su parto a buen término. El apoyo de una partera, para que la madre diera a luz de forma natural, era lo más valioso que podía suceder, ya que, si el bebé venía en presentación de nalgas, pelviana o podálica, el parto resultaría complicado. Asimismo, si el cordón umbilical venía enredado al cuello del bebé, las probabilidades de vida disminuían considerablemente.

En México, como en el mundo, la presencia de las parteras dentro de sus comunidades es significativa y tiene un impacto positivo. Además, en términos legales, el país cuenta con un cuerpo normativo en el que el derecho a la salud materna y neonatal es fundamental. En el conjunto de leyes se establece la importancia de un parto digno, brindando cuidados integrales tanto para la madre gestante como para los recién nacidos.

No se busca aquí un compendio histórico del rol social de la partera en los sistemas sociales, sino entender su desplazamiento y posterior re-

conocimiento jurídico. En ese camino, cabe mencionar que, durante el siglo quince y dieciséis en Europa, las parteras fueron desplazadas por la medicina, ya que su conversión en disciplina académica, en un momento en el que las mujeres no eran admitidas en las universidades, llevó a que la exclusión femenina en la práctica obstétrica se agudizara. Por su parte, Estados Unidos tiene una historia distinta, dado que, hacia el siglo diecisiete, al haber pocos estudiantes universitarios, las mujeres siguieron teniendo un papel importante como sanadoras, aunque algunas de ellas fueron denunciadas como brujas. No fue sino hasta la segunda mitad del siglo diecinueve cuando algunas mujeres fueron admitidas en la universidad para estudiar medicina.

Para Ehrenreich y English (1988),

La exigencia de formación universitaria fue el vehículo para la exclusión legal de las mujeres de su práctica. La descalificación de las mujeres sanadoras por parte de los profesionales médicos tuvo como primer blanco a sus colegas, las médicas. Posteriormente, el “arte de partear”, en manos de las parteras por un par de siglos más (siglo dieciocho), sería otro campo fagocitado por la medicina oficial (Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014).

Por tanto, antes del siglo dieciséis, el arte de partear era una actividad exclusiva de las mujeres. Era impensable que un hombre ejerciera como partero, situación que prevaleció hasta el siglo dieciocho. Martínez y Pardo (2001) indican que

En el siglo dieciocho, la hasta entonces hegemonía de las parteras se puso sistemáticamente en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso, y fue sustituida de forma progresiva por la de los cirujanos obstetras (p. 5).

La crítica hacia las parteras por parte de los médicos, cirujanos y religiosos de la época, quienes argumentaban la incapacidad de las matronas, fue uno de los factores expuestos para suspender su práctica, arguyendo casos de fallecimiento de madres y niños por iatrogenia .

Martínez-Pardo señala que

El discurso médico argumentó a favor de los cirujanos parteros el hecho de que, además de su habilidad manual, contaban con instrumental que solo ellos poseían y sabían usar (Martínez-Pardo, 2001, p. 8).

El siguiente paso fue la sanción legal. En 1750, el protomedicato instauró el examen para todas las parteras (Martínez-Pardo, 2001, p. 10; Usandizaga, 1944, p. 216), arguyendo “muchos malos sucesos en los partos, proveenidos de la impericia de las mujeres llamadas parteras” (Martínez-Pardo, 2001). En la misma ley se reguló la asistencia de los cirujanos a los partos y se les designó para ejercer el oficio de parteros, ya que esta labor forma parte de la cirugía (en Argüello-Avedaño y Mateo-González, 2014).

La partería tradicional, como práctica de origen ancestral, ha transmitido conocimientos, técnicas, ritos y saberes en torno a la atención al embarazo, parto y posparto que responden a cosmovisiones sobre el equilibrio vida-muerte y salud-enfermedad. A pesar de su importancia terapéutica, cultural, social y económica, su práctica ha disminuido drásticamente, llegando incluso a estar al borde de su desaparición. Una de las causas es el marco legal, pues sus disposiciones han generado políticas públicas que controlan y regulan la partería hasta el punto de vulnerar los derechos de cada mujer para decidir dónde y cómo atenderse.

En México, la partería tradicional está sustentada en el reconocimiento de la medicina tradicional, tanto en los artículos 1° y 2° de la Constitución Mexicana como en los artículos 6° y 93 de la Ley General de Salud (LGS). Específicamente, la figura de la partera tradicional está reconocida en el artículo 64 de la LGS, que especifica que, en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán acciones de capacitación para potenciar sus habilidades técnicas en la atención del embarazo, parto y puerperio.

Es importante recordar que, en México, existen dos tipos de partería: la ancestral empírica, que se vale de la experiencia de las parteras, y la partería profesional, basada en conocimientos científicos. Hacia el siglo diecinueve, las parteras contaban con una larga historia y un inmenso prestigio en cuanto al desarrollo de su práctica. De hecho, en 1833 nació la partería profesional con una cátedra de partería asociada a la carrera de Medicina

y Cirugía. Sin embargo, como ya se mencionó, este panorama cambió de manera acelerada una vez iniciado el siglo veinte. Los médicos tomaron el control de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, mientras que se desestimaba la práctica de la partería tradicional.

La medicina de las parteras alude a una cosmovisión del cuerpo como caliente-frío, cerrado-abierto, donde el cuerpo se concibe como un microcosmos relacionado con un macrocosmos (universo) y con un centro: el ombligo-tipté (López, 2000). En este punto del cuerpo (tipté) comienzan todas las venas y arterias, pero no es fijo, ya que experimenta tensiones o fuerzas que lo desplazan y necesita ser recompuesto a través de una man-teada o una sobada (masaje manual).

Las parteras tradicionales son agentes comunitarios de salud que forman parte de la medicina tradicional indígena, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano. Actualmente participan en las redes de servicios de salud y en espacios específicos para la atención del embarazo y parto, coordinados por la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Bienestar).

Metodología

El presente trabajo se desarrolla bajo el enfoque cualitativo, a través de los métodos exegético-jurídico y sociológico-jurídico. El primero de estos constituye un enfoque interpretativo en la ciencia del derecho, de tal manera que vincula el análisis con la aplicación de las normas legales.

El análisis exegético, sigue la técnica gramatical, ya que lo que se busca es analizar un conjunto de leyes, nacionales e internacionales, en materia de salud, y su modificación reciente del marco legal de la medicina y partería tradicional en México.

La exégesis parte de la letra de la ley, con la intención de establecer una serie de “raciocinios o silogismos basados en los tres principios fundamentales de la lógica formal: identidad, contradicción y el *tertium non datur*¹²” (Vallet de Goytisolo, 2001).

Por otra parte, el método sociológico-jurídico, dentro del ámbito de observación de casos, como lo es el análisis jurisprudencial realizado aquí,

12 Principio del razonamiento lógico que enuncia que entre dos proposiciones contrarias se excluye una tercera posibilidad.

también ha buscado generar una observación de campo, la cual permitirá introducir la regla de la objetividad propia del método.

En este sentido, se realizó una entrevista de focus group a diez mujeres indígenas yoremes en la localidad de Playita de Castilla, en Sinaloa de Leyva, cuyo contacto con la medicina y la práctica de partera tradicionales ha sido su primera experiencia de salud en sus vidas.

Exégesis jurídica de la partería como una práctica tradicional en México

La partería tradicional, tanto en México como a nivel mundial, ha cobrado relevancia como una práctica que promueve de manera efectiva el derecho a la salud materna y neonatal. Este enfoque garantiza un nacimiento digno al brindar un cuidado integral tanto a la mujer gestante como a los recién nacidos. Además, la partería tradicional no solo se enfoca en la salud física, sino que también tiene una profunda conexión con el legado cultural, que ha experimentado un resurgimiento incluso en entornos urbanos, donde cada vez más personas buscan alternativas que respeten sus valores y tradiciones en el proceso de dar a luz.

El análisis jurídico de la partería como una práctica tradicional en México y a nivel global resalta su importancia no solo en el ámbito de la salud materna y neonatal, sino también como un derecho fundamental para garantizar un nacimiento digno. Esta práctica, que históricamente ha sido transmitida de generación en generación a través de saberes orales, refleja la diversidad cultural y natural del país. La partería tradicional no solo brinda cuidados integrales a las mujeres y sus bebés, sino que también responde a una herencia cultural que merece reconocimiento y respeto. Su reciente auge en contextos urbanos pone de manifiesto la importancia de valorar esta práctica no solo como una opción médica, sino como una expresión de la identidad sociocultural de muchas comunidades. Por lo tanto, el reconocimiento legal de la partería en el marco del derecho a la salud subraya la necesidad de articular enfoques jurídicos que reconozcan y protejan su valor tanto en el ámbito sanitario como en el cultural.

El análisis del marco legal de la medicina y la partería tradicional implica la revisión de las leyes, normativas y políticas que regulan la práctica de

estas actividades en diferentes contextos, considerando tanto los derechos de los pacientes como los de los profesionales involucrados.

La Declaración de Alma Atta (1978)

La Declaración de Alma-Ata de 1978, surgida de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud organizada por la OMS y UNICEF, es un documento clave que destaca la atención primaria como fundamental para lograr “Salud para todos” para el año 2000. Aunque no menciona específicamente a las parteras, resalta la importancia de que la atención primaria sea accesible y aproveche los conocimientos y prácticas locales (OPS, 2003).

En este contexto, la partería tradicional se ajusta perfectamente a los principios de Alma-Ata. La declaración promueve un modelo de salud accesible, equitativo y centrado en las personas, utilizando los recursos disponibles en las comunidades y fomentando la participación local en la planificación y prestación de servicios de salud. Las parteras, como figuras centrales en la salud materna y neonatal, desempeñan un papel crucial al ofrecer cuidados primarios culturalmente pertinentes y eficaces, especialmente en áreas rurales o marginadas con acceso limitado a hospitales.

Además, la declaración subraya la importancia de una atención que priorice la prevención y el bienestar general, más allá del tratamiento de enfermedades. Las parteras tradicionales, con su enfoque integral y preventivo, no solo asisten en los partos, sino que también educan y acompañan a las mujeres embarazadas en temas de salud sexual y reproductiva, lo que concuerda con esta visión amplia de la atención primaria promovida en Alma-Ata

Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales, adoptado en 1989

Este convenio no menciona específicamente a las parteras tradicionales de manera explícita. Sin embargo, aborda temas que están estrechamente relacionados con la práctica de la partería tradicional en el contexto de los pueblos indígenas, ya que reconoce el derecho de estos pueblos a mante-

ner sus prácticas culturales y formas de vida tradicionales, lo que incluye sus sistemas de salud y medicina. En el Artículo 24 se establece que “los servicios de salud deben organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario y tener en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales de los pueblos interesados” (OIT, 2014). Esto incluye el respeto por las prácticas tradicionales, como la partería, que forma parte de los sistemas de salud y conocimiento ancestral de muchas comunidades indígenas.

Así, el Artículo 25 menciona que los gobiernos deberán garantizar que los pueblos indígenas participen en la planificación y ejecución de los servicios de salud, respetando sus valores y métodos (OIT, 2014). En este contexto, la partería tradicional, al ser una práctica profundamente arraigada en muchas culturas indígenas, debería ser reconocida y valorada como parte de los sistemas de salud comunitarios, asegurando que estas prácticas se respeten y se integren en las políticas de salud pública cuando sea pertinente. Por tanto, aunque no se menciona de manera directa a las parteras, el Convenio 169 defiende el derecho de los pueblos indígenas a preservar y practicar sus sistemas de medicina tradicional, dentro de los cuales la partería desempeña un papel clave en muchas comunidades.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) no menciona de manera específica a las parteras tradicionales. Sin embargo, puede interpretarse que las disposiciones generales de la Declaración apoyan y protegen las prácticas tradicionales, incluida la labor de las parteras indígenas, en el marco del reconocimiento y la protección de los derechos de los pueblos indígenas.

Algunos artículos relevantes que pueden relacionarse con la labor de las parteras tradicionales son:

Artículo 24, párrafo 1 :

“Los pueblos indígenas tienen derecho a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluidas la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital. Los individuos indígenas también tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud”. (ONU, 2007)

Este artículo respalda las prácticas tradicionales de salud, que incluyen la labor de las parteras indígenas como parte de los sistemas de atención de salud tradicionales de las comunidades.

Artículo 31, párrafo 1 :

“Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales, así como las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, incluidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual sobre dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales” (ONU, 2007).

La labor de las parteras indígenas puede considerarse parte del conocimiento tradicional y patrimonio cultural que los pueblos indígenas tienen derecho a proteger y desarrollar.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Los artículos de la Constitución que reconocen derechos en relación con la salud, la cultura y los pueblos indígenas pueden aplicarse indirectamente para respaldar la labor de las parteras tradicionales.

El Artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en dicha Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte, así como de las garantías para su protección. También señala que queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas (Diputados C. d., 2024).

Artículo 2° (sobre los pueblos indígenas):

Este artículo reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:

Apartado A, fracción V: “Acceder plenamente a la jurisdicción del Estado para garantizar el derecho a la autonomía y al desarrollo de sus

pueblos. En dicha jurisdicción se tomará en cuenta sus prácticas y costumbres, recursos específicos, y la actuación de sus autoridades tradicionales” (Diputados C. d., 2024). Este inciso otorga reconocimiento a las parteras para atender a las mujeres embarazadas durante el embarazo y posterior al parto, es decir, la etapa del puerperio, mediante prácticas tradicionales.

Artículo 4° (sobre el derecho a la salud):

Este artículo establece el derecho de toda persona a la protección de la salud, y se interpreta que las políticas de salud pública deben respetar y promover los métodos tradicionales, incluidas prácticas como la partería. “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Diputados C. d., 2024).

Aunque la Constitución no mencionaba directamente a las parteras tradicionales hasta antes de la reforma del 30 de septiembre de 2024, sí reconocía los derechos de los pueblos indígenas en el Artículo 2°, en los apartados A, fracción V, y B, fracción III; el derecho a la salud en el Artículo 4°, y la garantía de derechos humanos para todas las personas en el Artículo 1°. Estos preceptos constituyen una base legal para proteger y promover la labor de las parteras indígenas, dado que forman parte de los sistemas tradicionales de salud de muchas comunidades étnicas en México.

La Ley General de Salud

En México, con el objetivo de promover y visibilizar la importancia de la partería tradicional como un derecho cultural de las mujeres indígenas a ser atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en su propia lengua, el 26 de marzo de 2024 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto mediante el cual se reforman y adicionan diversos artículos de la *Ley General de Salud*. Este decreto tiene como propósito promover el respeto, conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional, incluida la partería tradicional, en condiciones dignas, otorgándole así validez jurídica a esta actividad ancestral.

De esta reforma cabe destacar lo siguiente:

- Se incorporó como un objetivo del Sistema Nacional de Salud promover el respeto, conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones dignas, incluida la partería tradicional.
- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán acciones para respetar, garantizar y proteger el ejercicio de las parteras tradicionales, en condiciones de dignidad y acorde con sus métodos y prácticas curativas, así como el uso de sus recursos bioculturales.
- Es suficiente el reconocimiento comunitario para que las parteras tradicionales realicen este servicio de salud.
- Las parteras tradicionales podrán expedir certificados de nacimiento. Los certificados que se autoricen para las parteras tradicionales, o los que ellas mismas elaboren, serán de la mayor sencillez, con lenguaje adecuado a su cultura e identidad, y contendrán los datos básicos previstos en la Ley General de Salud .
- Se incluyó que el ejercicio de la partería profesional requerirá título profesional o certificación oficial (Diputados C. d., *Ley General de Salud*, 2024)..

Artículo 6°. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales, con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social (Diputados C. d., *Ley General de Salud*, 2024).

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas (*Ley General de Salud*, 2024).

Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales en la atención del embarazo, parto y puerperio (Diputados C. d., *Ley General de Salud*, 2024).

Los objetivos mencionados en el Sistema Nacional de Salud reflejan un enfoque integral que reconoce la importancia de las comunidades indígenas y su cultura. Al enfatizar el bienestar y desarrollo de estas comunidades, se busca no solo mejorar las condiciones de salud, sino también empoderar a las familias y reforzar su identidad cultural.

El impulso a la medicina tradicional indígena, mencionado en el artículo, es crucial para preservar conocimientos ancestrales que han demostrado ser efectivos en el cuidado de la salud. La integración de estas prácticas en el sistema de salud moderno permite un enfoque más holístico que respeta y valora la diversidad cultural.

En cuanto a la capacitación de las parteras tradicionales, este es un aspecto fundamental para mejorar la atención materno-infantil. Estas mujeres son figuras clave en sus comunidades, no solo por su experiencia, sino también por la confianza que generan en las familias. Al fortalecer sus competencias técnicas, se garantiza un mejor cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio, lo que puede traducirse en menores tasas de complicaciones y mortalidad.

Además, es esencial reconocer que las parteras tradicionales no solo actúan como proveedoras de atención médica, sino que también son agentes de cambio social. Su inclusión en el sistema de salud oficial no solo legitima su labor, sino que también les proporciona herramientas para mejorar su práctica y, por ende, el bienestar de sus comunidades..

Programas Interinstitucionales

Las parteras son parte del sistema de medicina tradicional. Su práctica inicia a partir de la adolescencia, ayudando a sus abuelas y, en ocasiones, atendiendo su propio parto. Para ellas y los integrantes de sus comunidades, el nacimiento de un nuevo ser es un evento sumamente importante cuyo proceso, detalles, circunstancias, tiempo y lugar son cuidadosamente vigilados. Se respeta el derecho de la mujer a decidir el lugar donde nacerá su hijo o hija, ya sea en su hogar o en la localidad de sus ancestros, así como quienes la acompañarán durante el parto y la atención posterior conforme a sus creencias y costumbres.

La Secretaría de Salud y la Organización Mundial de la Salud reconocen a las parteras tradicionales como personal de salud que forma parte de la

medicina tradicional indígena. Dicha secretaría emitió, para el ejercicio de esta práctica, una *Guía de Autorización de Parteras Tradicionales* de carácter interinstitucional, con la que se busca aprovechar los beneficios que otorgan los artículos 102 al 114 del Reglamento a la *Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Este marco jurídico fortalece su labor bajo el respaldo legal, en beneficio y fortalecimiento de los servicios de salud, definiéndola de la siguiente manera::

Parteras tradicionales. Las parteras tradicionales forman parte del sistema de la medicina tradicional. Son personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales y que han sido formadas y practican el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, las cuales se consideran como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica. (Salud, Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personas de salud no profesional, 2014)

Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)

El 25 de octubre de 2022 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Acuerdo por el que se emitió el *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)*, en el que se establecen las siguientes prioridades de la salud pública en México:

- Se reconoce que, en el flujo de pacientes de referencia y contrarreferencia de las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), se incluye la partería tradicional.
- En el punto 6, denominado “Modelos de atención para asegurar los derechos de salud sexual y reproductiva y disminución de la mortalidad materna”, en su inciso b), fracción II, se establece la incorporación efectiva de parteras profesionales, enfermeras obstétricas y el reconocimiento de la partería tradicional.
- En materia de Salud Materna y Perinatal, se reconoce el apoyo a la vinculación de la partería tradicional con los servicios de salud, distinguiendo entre partería tradicional y profesional (*Salud, DOF, 2022*).

Normas oficiales mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica

La *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016* para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de julio de 2016, define a las parteras tradicionales y permite su participación en los partos de bajo riesgo a término. Asimismo, les reconoce su papel en el sistema de referencia, otorgándoles facultades para referir a un centro de atención médica, destacando que dicha atención deberá ser oportuna.

PROY-NOM-020-SSA-2024

Derivado de la reforma constitucional al Artículo 2º, fracción VII, y a la *Ley General de Salud*, el 18 de julio de 2024 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-020-SSA-2024*, para establecimientos de salud y para la práctica de la partería en la atención integral materna y neonatal. En este documento se establecen las disposiciones que deben cumplir los establecimientos públicos, privados y sociales integrantes del Sistema Nacional de Salud que otorgan atención integral en materia de salud materna y neonatal. Además, define las bases para regular e impulsar la participación de personal de partería profesional en este tipo de establecimientos y favorecer la vinculación con el personal de partería tradicional, cuando corresponda. Con ello se contribuye al respeto de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y personas con capacidad de gestar, de manera respetuosa, placentera, sin discriminación, libre de violencia, con perspectiva de género y enfoque intercultural e interseccional.

Además, en este proyecto de norma oficial se reconoce, en el punto 2, a la Casa de Partería como un establecimiento de salud que otorga servicios de partería profesional con pertinencia cultural, donde pueden participar parteras tradicionales en conjunto con equipos de salud interdisciplinarios. Esto asegura un nivel básico de atención para el manejo de emergencias obstétricas y neonatales, proporcionando un ambiente favorable que potencializa la experiencia de parto positivo.

De igual forma, en el punto 3.11, se define a la partera (o) tradicional como una persona (hombre o mujer) que pertenece a comunidades indígenas, afromexicanas, rurales o urbanas y que, a través de la transmisión intergeneracional o comunitaria, adquiere los conocimientos y prácticas tradicionales para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, inscritos en sus cosmovisiones y el uso de sus recursos bioculturales, y que es reconocida por su comunidad.

También se hace una distinción formal entre las parteras tradicionales y las parteras profesionales. Además, establece la obligación del sector salud de asegurar a las parteras la dotación de certificados de nacimiento, siempre y cuando estén vinculadas con el sector salud.

Análisis Sociojurídico de la medicina y partería tradicional

La partería tradicional mantiene una estrecha relación con las comunidades indígenas. Las comunidades étnicas cuentan con una mayor cohesión social en comparación con las sociedades urbanizadas, cuyos estilos de vida son más heterogéneos. En este sentido, los individuos pertenecientes a estas etnias internalizan un *habitus* propio de su estructura social. Así, la incorporación de reglas, normas, leyes, costumbres y tradiciones se convierte en parte del *habitus* de los individuos. Dentro de estos rasgos de identidad cultural, profundamente arraigados en los pueblos indígenas, también se encuentran las prácticas médicas, la herbolaria, los cuidados de salud, el control sexual, la planificación familiar y, por supuesto, la partería tradicional.

Desde su propia voz, la señora Francisca Álvarez, indígena de la comunidad de Playitas de Castilla, Sinaloa de Leyva, mujer de avanzada edad y partera tradicional, comenta:

Yo de mi parte, mi persona lo digo yo, conocí curanderos que fueron mis abuelos, ellos tenían unas atenciones, servicios a las personas enfermas o con unas atenciones muy diferentes en aquellos tiempos, ¿sí?, pero, sin embargo, a través del tiempo, yo llegué a conocer medicina tradicional y como partera, su servidora, pues sí he atendido a la gente que considero que, con lo que yo voy a atenderla va a ser sanada, poniéndole las manos también, ¿por qué? Pues, porque hay un servicio que tiene uno después.

La medicina ancestral comienza con prácticas de curanderos, quienes conocían los efectos de la herbolaria a través del ensayo y error. El trabajo empírico los llevó a generar conocimientos sobre la evolución de las enfermedades. Sus prácticas mantienen una relación estrecha tanto con su cosmogonía como con sus sincretismos religiosos, de manera que aquellas enfermedades tratables eran encomendadas a su deidad y resueltas por su Dios. Sin embargo, aquellas enfermedades incurables o desconocidas, que terminaban en mal desenlace, eran atribuidas a fuerzas malignas. Además, como se ha señalado previamente, la socialización de la cultura forma la idiosincrasia de los grupos sociales; los hijos internalizan los saberes y conocimientos de sus agentes de socialización, tanto primarios como secundarios (Berger & Luckmann, 2001).

En este caso, la señora Francisca vivió cerca de sus abuelos, de quienes observó las prácticas de curanderismo. Además, la señora refiere que su padre se dedicaba a la medicina y que, al observarlos sanar, aprendió de ellos

Además de mis abuelos que los vi siendo curanderos, desde muy chiquita, mi papá ya no fue curandero, él era médico tradicional, él usaba medicina de hierbas y también subía molleras de los niños, sobaba, pero no hacía limpias. Sí se encomendaba al Dios de la vida para ayuda de sanar, pero no más. Yo por mi parte, no me dediqué a la medicina tradicional, yo vivía del otro lado del arroyo, y en una crecida de agua, tuvimos que abandonar los jacales y movernos hasta acá, era todo esto solo arena de río, como una playita. Cuando yo llegué, una muchacha estaba embarazada, y se vio muy mala, muy muy mala, y al otro día de que llegamos, me fueron a buscar. Alguien les dijo que la pancha¹³ era la hija de un médico tradicional, y que yo podía ayudarla. Yo les dije que no sabía ser partera, pero los vi tan desesperados que, tan angustiados que me dije, pues *en nombre sea de Dios*, y fui, recordé lo que había visto hacer a mis abuelos, a mi padre y lo puse en práctica, gracias a Dios que ahí anda el muchacho ahora andando. Y Desde entonces, he traído al mundo a cuánta criatura.

¹³ Hipocorismo de Francisca.

Las participantes de la entrevista grupal¹⁴, expresaron que doña Francisca era una de las mejores parteras de la región, sobre el tema comentaron:

Doña Francisca, es la mejor partera de la región, viene gente desde Culiacán¹⁵, o desde Los Mochis¹⁶ a buscarla, mujeres embarazadas que los doctores de la ciudad les dicen que no van a poder lograr su cría, y aquí la pancha, las ayudado –sic- y bien que paren. Vienen gentes de Sinaloa de Leyva y de muchas partes. Nos ha enseñado a todas. Y nos ha traído al mundo casi a todas –risas-.

De igual forma, la evolución del mundo, las exigencias legales de la salud, obligó que las parteras tradicionales fueran a los centros de salud a tomar prácticas, a ser capacitadas, y generar un certificado oficial como partera tradicional. De esa forma, la salud pública se cercioraba que las parteras supieran lo básico elemental de su oficio, así como mantener un registro de las parteras en el país.

Al respecto, otra participante, señala que:

A todas nosotras nos han llevado a la ciudad, a unas a Los Mochis, otras a Culiacán, la señora Francisca fue a dar hasta Villa Unión, Mazatlán, allí nos han enseñado sobre los cuidados del embarazo, la higiene del lugar, evitar infecciones, sobre ayudar a las parturientas, a las criaturas cuando nacen. Nos certificaron como parteras, tenemos una licencia, un registro. Fueron buenas enseñanzas.

Al respecto, doña Francisca Álvares comenta:

Ahora, para ayudar al parto, primero las exploro, las reconozco, tomo la presión y conozco el embarazo del producto, en lo normal y en lo anormal, que ya ve que, los embarazos no se conocen más que a través del producto, sino que tiene uno que conocer el bebé el producto como viene y a prevenir a la mamá, si hay –la

¹⁴ Entrevista en Playitas de Castilla, *Op. Cit.*

¹⁵ La ciudad de Culiacán, Capital del Estado de Sinaloa, México. se encuentra al sur de Playitas de Castilla, a unos 180 kilómetros de distancia.

¹⁶ Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México, está al norte de Playitas de Castilla, a unos 102 kilómetros de distancia.

manera- cómo se saca adelante, si se tiene que arreglar en su lugar al bebé para que nazca normal o negativamente no se puede, si no es posible para mí ayudarlo, pues vámonos al médico por cesárea ¿por qué?, porque en ocasiones, hoy en día, las jóvenes no tienen sus partos normales, porque siempre tiene que ser cesárea estas ya no se pueden atender por nosotras, inclusive las enfermedades que nosotras desconocemos.

Sin embargo, a pesar de los aspectos positivos de las capacitaciones médicas sobre obstetricia, las mujeres entrevistadas comentan que no consideran que se esté perdiendo la medicina ancestral. Ellas continúan medicando a las personas que acuden a ellas con tratamientos herbolarios y prácticas aprendidas de generación en generación. Incluso, miembros de sus comunidades, así como de otros grupos cercanos e incluso de la ciudad, recurren a ellas para ser tratados.

Conclusiones

Las prácticas de la medicina ancestral, al igual que las de las parteras tradicionales, son inherentes a las culturas indígenas, sociedades tribales y grupos étnicos, los cuales han transmitido sus conocimientos prácticos de generación en generación. Es pertinente señalar que los tratamientos tradicionales se basan en la herbolaria de la región, la cual pertenece a la naturaleza y a la tierra. Por ello, referirse a sus deidades como parte del acto de medicación es algo propio del curandero, del médico tradicional o de la partera.

Ahora bien, a pesar de sus valiosos aportes en materia de salud, la modernidad, junto con la universidad y las enseñanzas médicas desde la ciencia, así como el andamiaje legal en materia de salud, constituyeron dos barreras, entre muchas otras, que obstruyeron el ejercicio de la medicina y la partería tradicional. De este modo, durante los siglos XVI y XVII, cualquier persona que practicara la medicina tradicional podía ser acusada de brujería, lo que significaba la pena de muerte.

Sin embargo, la insuficiencia de médicos, especialmente en América, llevó a que las mujeres pudieran ejercer la medicina y, en las zonas alejadas de los grandes asentamientos sociales, las personas continuaran practican-

do la medicina ancestral y la partería tradicional. Por ello, el entramado legal modificó sus disposiciones para permitir la figura de médico y partera tradicionales.

En ese sentido, en el México actual, la partera tradicional es una figura reconocida legalmente. Incluso, los cambios en materia de salud de septiembre de 2024 reivindican el rol social de la partera, devolviéndole mayor autonomía en su quehacer. Esto implica que las parteras tradicionales ya no requieren capacitarse en los centros de salud públicos por médicos profesionales. Además, ahora podrán expedir certificados de nacimiento otorgados por el sector salud. Es decir, las personas parteras pueden acudir a los centros de salud a solicitar certificados de nacimiento, los cuales se les facilitarán para garantizar el derecho a la identidad del recién nacido..

Agradecimientos

Un agradecimiento especial al focus group compuesto por la señora Francisca Álvarez (mujer de la tercera edad, médica y partera tradicional, y ex Kovanaro —gobernadora tradicional— de la comunidad), la señora Cruz Ruiz (mujer madura, fiestera del Centro Ceremonial de la Santa Cruz), y la señorita Perla Orduño (mujer joven, danzante de venado). Todas ellas son mujeres indígenas nativas Yoreme de la comunidad La Playita de Casillas, Sinaloa de Leyva. Fueron entrevistadas el 12 de julio de 2024 en las instalaciones del jardín de niños de la comunidad.

De igual manera, se extienden agradecimientos al joven Francisco González, miembro activo y difusor de la cultura Yoreme del centro-norte de Sinaloa.

Referencias

- Argüello-Avendaño, H. E., & Mateo-González, A. (2014, 03 21). *Parte-ras tradicionales y parto medicalizado ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años*. Scielo.org.mx: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002
- Berger, P., & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Diputados, C.D. (2024, 09 30). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Diputados, C. (2024, 06 07). *Ley General de Salud*. Revisada de la Ley general de Salud. Diputados, Cámara de Diputados.: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Ehrenreich, B., & English, D. (1988). Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad. *Scielo*, https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002.
- Giddens, A. (1991). *Sociología*. Barcelona: Alianza.
- Held, J. T. (1986). *Social Theory of Modern Societies: Anthony Giddens and His Critic*. Cambridge: Cambridge University press.
- Kiernan, J. P. (2003). Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
- Kiernan, J. P. (2024, 09 09). *OPS*. paho.org. Retrieved from OPS. www.paho.org: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
- López, A. A. (2000, 05 08). *Textos de medicina náhuatl*. Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM: https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/textos/medicina_nahuatl.html
- Montes de Oca, W., J. A., & Zamora L., D. (2020, 03 01). La medicina tradicional como práctica social en el marco del sistema de cuidados de

- salud. Revista Caribeña de Ciencias Sociales: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/medicina-tradicional-practica.html>
- Organización Internacional del Trabajo. (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Lima, Perú. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.
- Organización Internacional del Trabajo. (2014, 10 01). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Lima, Perú. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.* Lima: ONU. Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Lima, Perú. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.
- Organización de las Naciones Unidas. (2007, septiembre 13). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos Indígenas.* https://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 08 09). *Organización Mundial de la Salud.* <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>
- Secretaría de Salud. (2014). *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personas de salud no profesional.* México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>
- Secretaría de Salud. (2022, octubre 25). Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México.
- Vallet de Goytisoló, J. (2001). Medios jurídicos para la interpretación e integración del derecho. En T. S. Federal, *Lecturas de Filosofía del Derecho* (pág. 558). México: Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.
- Vázquez-Benítez, Balbina. (2022, 02 06). *México, segundo lugar mundial en registro de plantas medicinales.* Retrieved from Gobierno de México: <https://www.gob.mx/agricultura/prensa/mexico-segundo-lugar-mundial-en-registro-de-plantas-medicinales.%20>

Cuidado del profesional de salud en la atención del parto humanizado en unidad de segundo nivel en Los Mochis Sinaloa

Care of the health professional in humanized childbirth care in a second level unit in Los Mochis Sinaloa

Mónica del Socorro Macarena Padilla¹⁷

Dora Aida Valenzuela Maro¹⁸

Alma Leticia Zamora Villegas¹⁹

<https://doi.org/10.61728/AE24002837>



¹⁷ Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** monica.mp@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-0679-5898>

¹⁸ Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** dora.maro@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-0225-3795>

¹⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** alma.zamora@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6332-3441>

Resumen

A nivel mundial, cada año se registran 140 millones de nacimientos por partos vaginales, con un control prenatal mínimo de cinco citas previas. En el contexto nacional, cada año se reportan 1 891 388 nacimientos, de los cuales 1 661 018 (87,8 %) corresponden a partos vaginales. Una tercera parte de las muertes maternas se atribuyen a complicaciones surgidas durante el trabajo de parto, como hemorragia obstétrica, septicemia, iatrogenia en la atención y progresión del parto, y desgarros perineales.

El parto humanizado se concibe como una respuesta a los problemas durante la atención del parto, buscando otorgarle a la mujer el poder de decidir sobre su cuerpo y cómo desea llevarlo a cabo. Además, busca disminuir el sufrimiento fetal, ocasionado muchas veces por acciones u omisiones por parte del personal de salud.

La metodología utilizada fue descriptiva, de naturaleza cuantitativa y de corte transversal, con una muestra de 53 pacientes en puerperio fisiológico. A pesar de que los datos obtenidos fueron en su mayoría favorables, no se descarta que aún existen puntos por mejorar en la aplicación de este proceso. Sin duda, estos resultados pueden servir como base para perfeccionar este procedimiento dentro de las instituciones de salud. Además, podrán utilizarse en futuras investigaciones como punto de comparación entre diferentes contextos, tanto en unidades de salud pública como en el sector privado, para evaluar cómo las instituciones han logrado adaptar estas técnicas y procesos, siempre con el objetivo de preservar el bienestar del binomio madre-hijo.

Introducción

A nivel mundial, cada año aproximadamente se registran 140 millones de nacimientos, la mayoría de ellos por vía vaginal en embarazadas que cuentan con un control prenatal mínimo de cinco citas previas, es decir, sin factores de riesgo para presentar complicaciones. Sin embargo, en las

situaciones en las que surgen complicaciones durante el trabajo de parto, el riesgo de morbilidad grave y mortalidad aumenta tanto para la mujer como para el recién nacido. Es importante mencionar que alrededor de una tercera parte de las muertes maternas se atribuyen a complicaciones surgidas durante el trabajo de parto.

Las complicaciones más frecuentes son las hemorragias durante el parto, la septicemia, la falta de detección de alteraciones en la progresión del trabajo de parto, los desgarros perineales y la atonía uterina. Por consiguiente, se considera que la carga de mortalidad materna y perinatal es desproporcionadamente elevada en los países de ingresos bajos y medianos, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Por otro lado, en México cada año se reportan aproximadamente 1 891 388 nacimientos (100 %), de los cuales 1 661 018 (87,8 %) son atendidos en diferentes instituciones de salud por profesionales durante el trabajo de parto. Asimismo, estos nacimientos ocurren por vía vaginal, logrando un parto sin complicaciones en la mayoría de los casos. No obstante, en las situaciones en las que surgen complicaciones durante el trabajo de parto, estas son similares a las observadas a nivel mundial. En este sentido, es preocupante la mortalidad materna en México, aunque es cierto que entre 2015 y 2020 se logró reducir la mortalidad materna en un 57,8 %.

De forma destacada, México se comprometió a reducir la muerte materna en tres cuartas partes, como se acordó en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, el promedio nacional de 38,9 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos esconde disparidades e inequidades en la atención del parto en los estados del país.

Según se destaca en el marco de la OMS, es importante conocer la atención que recibe la mujer embarazada durante el parto, la experiencia de la atención recibida y la prestación de cuidados clínicos para alcanzar resultados centrados en la persona deseada. En lo referente a las características del trabajo de parto normal y los mecanismos involucrados (figura 1), las prácticas no clínicas durante el parto, como el aporte de apoyo emocional durante el acompañamiento en el trabajo de parto, la comunicación afectiva y la atención respetuosa, tienen un costo de aplicación bajo pero no se consideran prioritarias en muchos entornos hospitalarios.

En este mismo tenor, se omite habitualmente la presentación de opciones de parto que respeten los valores de las mujeres y fomenten su capa-

cidad de elección durante el período de dilatación y el período expulsivo. Estos aspectos no clínicos del trabajo de parto y la atención del parto son componentes esenciales de la experiencia de la atención recibida, los cuales deben complementarse en cualquier intervención clínica necesaria para optimizar la calidad de la atención prestada a la mujer embarazada y, así, garantizar un parto humanizado.

Se concibe como profesional de la salud a la persona capacitada en una de las áreas de las ciencias de la salud, quien tiene la responsabilidad de atender directamente padecimientos humanos y procesos fisiológicos, lo que incluye el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación.

En este sentido, la atención del parto humanizado se entiende como un modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

Es esencial señalar que en la atención del parto existen etapas que no deben omitirse al momento de atender el parto en la mujer, esto dentro del área hospitalaria, ya que el trabajo de parto es un proceso natural. A continuación, se describe lo que puedes esperar durante las tres etapas del trabajo de parto y lo que puedes hacer para sentirte más cómoda.

El trabajo de parto es una experiencia única que, en algunos casos, concluye en cuestión de horas, mientras que en otros puede poner a prueba la energía física y emocional de la madre. No sabrás cómo se desarrollará el trabajo de parto y el alumbramiento hasta que ocurran; sin embargo, puedes prepararte entendiendo la secuencia típica de los eventos.

Con el fin de reflexionar sobre la atención del parto en las áreas hospitalarias, donde debe brindarse una atención de calidad a la madre y al recién nacido, es fundamental contar con un área física y equipo electromédico en óptimas condiciones. Una Unidad de Salud debe ser aquella instalación prestadora de servicios que se integra en una institución, con funciones y actividades propias que se distinguen y diferencian entre sí. Además, las instituciones que realizan la atención del parto deben tener disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre-hijo.

En este contexto, la presente investigación argumenta su justificación en las alarmantes y elevadas cifras de partos sin una atención profesional,

ya que se registra un alto porcentaje de mortalidad materna entre 2015 y 2020 (OMS, 2016).

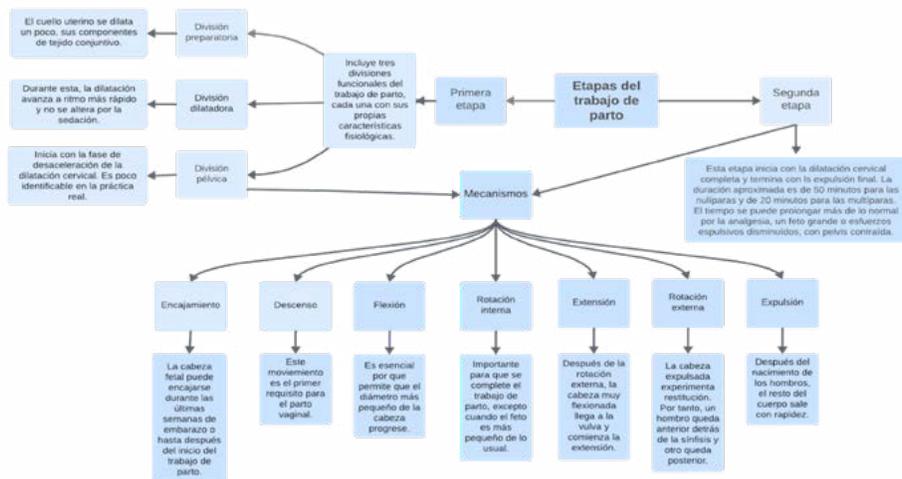


Figura 1.

Características del trabajo de parto normal y los mecanismos involucrados.

Nota: creación propia (recuperado de Cunningham et al., 2021. Trabajo de parto normal)

En otro orden de ideas, el parto humanizado surge como la solución a la necesidad de implementar medidas que conserven aquello que corre peligro de deteriorarse ante el surgimiento de nuevos modelos de atención dentro de las ciencias de la salud. Es precisamente la atención humanizada un elemento tan vital y necesario dentro de un proceso tan importante como el nacimiento de un ser humano, así como la experiencia que esto representa para la madre y su entorno, apelando a mantener el lado humano del profesional de la salud.

Es por ello que se puede señalar que, ante esta perspectiva respecto al modelo de atención del parto humanizado, “se pretende lograr, a través de la reivindicación de los beneficios que puede tener la gestante al momento del alumbramiento con esta alternativa, e incluso mostrar el rendimiento y calidad que puede tener la atención del parto con la participación de un equipo de salud que aplique el rol y cada una de sus competencias en este proceso”. Por lo cual, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Es

posible identificar el cuidado del profesional de la salud en la atención del parto humanizado en la unidad de segundo nivel en Los Mochis, Sinaloa?

Finalmente, en nuestra profesión es fundamental la aplicación de la “humanización”, ya que contribuye al mejoramiento de la atención sanitaria en los diferentes sistemas de salud en todos los niveles y, por ende, favorece a todos los grupos sociales mediante prácticas igualitarias de atención a la población en general.

Además, con este tipo de investigaciones y como futuros profesionales, se obtiene información científica que permitirá, en el campo laboral, desarrollar prácticas de atención por parte del equipo multidisciplinario y programas que permitirán a las madres participar activamente en su atención durante el parto, proporcionándoles estrategias o alternativas que les favorezcan en este proceso natural. Asimismo, se integra a las familias, las cuales tienen la responsabilidad compartida con el Estado de formar al individuo desde su nacimiento

Marco teórico

La OMS recomienda mejorar la calidad de la atención prenatal. El parto humanizado y respetado se refiere a que la atención del parto en los establecimientos de salud debe cumplir con las necesidades de la gestante, garantizando sus derechos y los del neonato, en un ambiente favorable que asegure el bienestar emocional de ella y de su familia. Según el boletín del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEGI), en el período 2013-2018, el porcentaje de nacimientos por cesáreas en Ecuador fue de 36,9 % en el sector público y de 82,3 % en el sector privado, cifras que sobrepasan el rango establecido por la OMS, lo que indicaría el abuso del procedimiento sin indicaciones médicas.

El parto respetado o humanizado se refiere a la atención del nacimiento por parto natural o vía vaginal, preservando los derechos maternos, como la atención amigable, cálida, armoniosa y basada en evidencia científica para obtener mejores resultados en el binomio madre-hijo. Los factores biológicos, psicológicos, culturales y ambientales son elementos clave que influyen en la rapidez con la que avanza el parto. Dichos factores deben ser considerados por el equipo sanitario y de salud para desarrollar una relación empática, donde prevalezcan los valores humanos y los fundamen-

tos científicos interactúen para garantizar una atención hospitalaria de alta calidad para la paciente, antes, durante y después del período de gestación.

La humanización de los cuidados en el ámbito de la asistencia profesional en el parto responde principalmente a la sensación de bienestar personal de los usuarios en relación con el nivel de los cuidados recibidos. Los cuidados de enfermería durante el tiempo de gestación y postparto son esenciales porque contribuyen a satisfacer las necesidades físicas, emocionales y espirituales del binomio madre-hijo y su familia, permitiendo que los cambios inherentes al proceso progresen hacia conclusiones satisfactorias. El parto humanizado proporciona una atención personalizada, reconociendo que el parto es un acontecimiento singular en la vida de una mujer y en la relación de una pareja. Esto garantiza la seguridad y el bienestar de la madre y el feto. El rol del personal de enfermería se centra en cumplir con las necesidades de la paciente durante el proceso de gestación y preocuparse por su bienestar. Sin embargo, gran parte del personal de salud tiende a descuidar el aspecto humanista y se enfoca en aspectos tecnológicos, olvidando el lado moral de las familias, creencias o prácticas de cada una de las gestantes (Crespo et al., 2023).

Si bien es cierto que el papel de la enfermería es crucial en este proceso, en muchas ocasiones los médicos u otros especialistas solo permiten procedimientos generales, como el cateterismo venoso, la administración de medicamentos, el rasurado genital y las posturas ginecológicas, sin otorgar libertad profesional para la evaluación del estado de la embarazada. Debido a la humanización del parto, las creencias y expectativas socioculturales de la mujer han cambiado, ya que ahora requiere recibir apoyo durante todo el período de gestación hasta el momento de dar a luz en un entorno seguro tanto desde el punto de vista médico como psicológico. Además, necesita recibir apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del parto y asistida por personal comprensivo y técnicamente competente, así como desempeñar un papel activo en la toma de decisiones del proceso.

Para garantizar la vida, es necesario humanizar el parto, porque "para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma en que nacemos". Debemos cambiarnos a nosotros mismos antes de poder alterar el mundo. Cómo nacemos y, para ello, es necesaria la humanización (Abril et al., 2023).

La humanización de los cuidados en el ámbito de la asistencia profesional en el parto responde principalmente a la sensación de bienestar personal de los usuarios en relación con el nivel de los cuidados recibidos. Los cuidados de enfermería durante el tiempo de gestación y el postparto son esenciales, ya que contribuyen a satisfacer las necesidades físicas, emocionales y espirituales del binomio madre-hijo y su familia, permitiendo que los cambios inherentes al proceso progresen hacia conclusiones satisfactorias.

En relación con las diversas negligencias detectadas en la atención brindada a la paciente por parte de los médicos gineco-obstetras durante su trabajo de parto en el Hospital Materno Infantil el 9 de febrero de 2017, se identificaron varias fallas principales: es importante mencionar que se administró oxitócica a la paciente sin una justificación médica adecuada. Además, se observó un monitoreo insuficiente del trabajo de parto, que no cumplió con las normas y recomendaciones establecidas, como la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos y la progresión de la dilatación cervical hasta alcanzar los 10 cm con un 100 % de borramiento. También se falló en la detección oportuna de alteraciones en la progresión del trabajo de parto y en el bienestar fetal, lo que resultó en la expulsión de meconio por parte del feto y su fallecimiento intrauterino. Por consiguiente, las negligencias médicas tuvieron graves consecuencias para la salud de la madre y el bebé, culminando en el trágico fallecimiento del recién nacido. El texto describe un caso de mala praxis en la atención obstétrica, donde la falta de seguimiento adecuado y la administración indebida de medicamentos provocaron un desenlace fatal (Ramallo et al., 2024).

Por otra parte, el parto es un proceso natural y fisiológico en la vida de las mujeres. No obstante, actualmente la medicalización del parto ha sido objeto de críticas y debates. Por un lado, las mujeres desean dar a luz en un entorno seguro y controlado, donde la tecnología y los profesionales de la salud proporcionen el apoyo necesario. Por otro lado, un número creciente de movimientos promueve la capacitación de las mujeres en la toma de decisiones y la humanización del parto.

Es importante indicar que la medicalización se refiere al uso extensivo de intervenciones médicas durante el parto, tales como la episiotomía, la oxitócica y la cesárea. Aunque estas intervenciones pueden ser útiles

en determinadas circunstancias, su mal uso se ha asociado con múltiples complicaciones para la salud de las madres y los recién nacidos. Varias investigaciones han revelado los aspectos negativos de la abusiva medicalización en la experiencia del parto. En general, las mujeres que han dado a luz en circunstancias medicalizadas muestran con mayor frecuencia sentimientos de insatisfacción, traumas y falta de control sobre sus cuerpos. La violencia obstétrica es un tipo de violencia contra las mujeres que se produce durante el embarazo, el parto y el posparto. Se manifiesta a través de diversas prácticas abusivas, como el maltrato verbal, la negligencia médica y la falta de consentimiento informado.

De acuerdo con Choez (2023), el trabajo de parto se define como un proceso que se inicia formalmente cuando comienzan las contracciones uterinas intensas y regulares. Estas contracciones provocan la apertura gradual (dilatación) y el adelgazamiento y retracción (borramiento) del cuello uterino hasta que alcanza su dilatación completa, permitiendo así que el bebé pase a la vagina.

De tal forma, el parto humanizado es un modelo de atención que enfatiza el protagonismo de la mujer, el bebé y la pareja durante el proceso de parto. Este enfoque prioriza la toma de decisiones de las mujeres, promueve la posición vertical durante el parto y favorece el apego inmediato entre la madre y el recién nacido (Choez, 2023).

Síntesis de estudios relacionados

Según Cruz (2020), en España se desarrolló un trabajo investigativo titulado *Cuidado humanizado durante el proceso del parto*. Este fue un estudio de campo de tipo cuantitativo y transversal, aplicando criterios de inclusión y exclusión. La población y muestra estuvo conformada por 115 pacientes, de las cuales el 58,6 % señaló no contar con los beneficios adecuados; el 67,4 % indicó que no tuvieron derecho a la presencia de un acompañante familiar durante el parto; el 83,4 % consideró que técnicas como la amniotomía precoz son perjudiciales; y el 46,7 % afirmó no tener potestad de decisión en el momento del parto.

Por su parte, Uribe (2018) realizó un estudio titulado *Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad*. Este

trabajo adoptó un enfoque cualitativo, con un diseño experimental aleatorizado y controlado, utilizando estrategias de grupos focales y entrevistas. Fue un estudio comparativo sobre calidad y seguridad que incluyó a 120 gestantes del sistema público de Santiago de Chile. Los resultados reflejaron factores negativos relacionados con la percepción de bienestar, cuidado y trato por parte del personal de salud. Además, el 80 % de las madres reportaron complicaciones maternas y neonatales, lo que constituye un indicador de seguridad adverso (Cruz, 2020).

Desde la perspectiva de García (2020), en una investigación sobre la percepción del parto humanizado en pacientes en período de puerperio, este estudio contribuye significativamente al analizar y sistematizar la percepción del parto humanizado entre pacientes en puerperio en un hospital específico. Los datos obtenidos revelan una alta prevalencia de percepción inadecuada de la atención, identificando deficiencias específicas en áreas como la orientación sobre el manejo del dolor, la libertad de elección de posición durante el parto y la presencia de acompañantes. A nivel teórico, el estudio se fundamenta en el marco conceptual de la violencia obstétrica y el parto humanizado, destacando la importancia de respetar los derechos de las mujeres durante el proceso de parto. Metodológicamente, emplea un diseño observacional descriptivo y un cuestionario validado, lo cual fortalece la validez interna de los resultados obtenidos.

A nivel nacional, los hallazgos subrayan la necesidad urgente de mejorar las prácticas hospitalarias para garantizar una atención más humanizada y centrada en las pacientes. A nivel internacional, el estudio se alinea con esfuerzos globales por promover el parto respetuoso y digno, contribuyendo al debate sobre políticas de salud materna y derechos reproductivos. En una muestra de 106 pacientes, predominó el grupo de edad de 25 a 35 años (55,8 %). El nivel educativo más frecuente fue técnico, con 68 pacientes (35,8 %). En cuanto al estado civil, 83 (43,7 %) indicaron estar en unión libre, y 81 (42 %) se dedicaban al hogar. En 108 (56,8 %) pacientes, el nivel de percepción de parto humanizado fue considerado inadecuado. En relación con los antecedentes obstétricos, 104 (55 %) asistieron a control prenatal entre cinco y siete veces, 64 (33,7 %) acudieron a más de siete consultas prenatales, 52 (30 %) eran multigestas, y 187 (98 %) acudieron solo a una o dos consultas de consejería de trabajo social. La vía de reso-

lución del embarazo más común fue la cesárea, en 98 pacientes (48,9 %).

Con base en Orrantia (2020), se describe la prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel del estado de Sonora. Fueron incluidas 335 adolescentes embarazadas que acudieron al área de toco cirugía del Hospital Civil de Culiacán durante el período comprendido entre agosto y diciembre de 2018. La edad promedio fue de 17 años, con una desviación estándar de 1,34, un mínimo de 14 años y un máximo de 19. La mayoría correspondía a adolescencia tardía, de 17 a 19 años (79,7 %), seguida de adolescencia intermedia, de 14 a 16 años (20,3 %). La prevalencia de embarazo adolescente en el hospital fue de 20,3 % (IC 95 %: 18,4–22,4), mientras que la prevalencia de embarazo adolescente subsecuente fue de 23 % (IC 95 %: 18,6–27,9). En cuanto al estado civil, el 73,4 % de las adolescentes estaba en unión libre, y una minoría se encontraba casada (5,1 %). En relación con la escolaridad, 171 adolescentes habían concluido la preparatoria, y solo 14 estaban cursando una licenciatura. Cerca del 85 % de la población se dedicaba al hogar, el 13,1 % continuaba con sus estudios, y apenas el 1,2 % estaba empleada.

Definición de términos

Profesional de salud: Profesional ocupacional basado en el desempeño de tareas encaminadas a promover y establecer la salud, así como a identificar, diagnosticar y curar enfermedades, aplicando un cuerpo de conocimiento especializado de nivel superior.

Atención del parto humanizado: Es el tipo de atención médica con enfoque humanizado, intercultural y con perspectiva de género. Es decir, se proporciona a la madre información detallada acerca del embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento, los cuidados del recién nacido y la lactancia.

Unidad de salud: Instalaciones sanitarias que permiten ofrecer servicios de medicina general, enfermería y servicios sociales. También pueden contar con especialidades como pediatría y laboratorio.

Metodología

En este capítulo se describe cómo fue el diseño del estudio, la población, el muestreo, la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, la descripción de los instrumentos y la medición, así como el procedimiento para la recolección de datos, las consideraciones éticas y el plan para el análisis de los datos.

Diseño de estudio

El diseño del estudio fue descriptivo, de naturaleza mixta y de corte transversal, ya que el objetivo del estudio es describir el cuidado del parto humanizado en una unidad de segundo nivel de atención en Los Mochis, Sinaloa. Será de corte transversal porque los datos de recolección se obtendrán en un solo momento (Lapo-Ordoñez & Quintana-Salina, 2018).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por 53 pacientes en puerperio fisiológico que se encontraban presentes en el momento de la aplicación del instrumento. El instrumento se aplicó en el área de ginecología y obstetricia, tomando la totalidad de las pacientes en el área hospitalaria. La muestra se calculó a través del programa NetQuest, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, obteniendo una muestra representativa de la totalidad de los pacientes bajo un muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes que acuden al Hospital General de Los Mochis.
- Mujeres que ingresan a la sala de labor de parto.

Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes que no acuden al Hospital General de Los Mochis.
- Mujeres que no reúnen los criterios para ser encuestadas en el área de ginecología y obstetricia.

Criterios de eliminación

- Todo instrumento que no esté completamente contestado o que esté incompleto.
- Instrumentos de medición mal elaborados.

Mediciones de lápiz y papel

Se recabaron los datos mediante una cédula sociodemográfica que incluía variables como la edad, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, tipo de familia y lugar de procedencia. Para determinar el cuidado del parto humanizado, se aplicó el instrumento desarrollado por Flor de María Cáceres-Manrique (2022), el cual aborda específicamente las siguientes variables: 1) atención prenatal, 2) trabajo de parto, 3) durante el parto, y 4) posparto.

Procedimiento de Recolección de la Información

Con el objetivo de llevar a cabo la selección de los participantes mediante un muestreo aleatorio simple, se acudió al Hospital General de Los Mochis, previa autorización del departamento de enseñanza, para presentarse en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Allí, se presentaron con el personal a cargo y, posteriormente, se proporcionó a las pacientes en posparto el consentimiento informado, explicando el propósito del estudio y preguntando si deseaban cooperar con el instrumento de medición.

Cabe mencionar que se implementaron medidas de seguridad, como el uso de cubrebocas y gel antibacterial, para garantizar la protección de las pacientes.

En un segundo momento, se dio a conocer el objetivo del estudio y se invitó a las pacientes en posparto a participar. Además, se realizó la lectura de los aspectos éticos, enfatizando que podían abandonar el estudio en cualquier momento sin consecuencias y que toda la información sería anónima. Una vez que aceptaron participar, se les entregó el consentimiento informado para su firma.

Posteriormente, se les proporcionaron los instrumentos para la recolección de datos (cédula de datos sociodemográficos y escala de medición

del parto humanizado desarrollada por Flor de María Cáceres-Manrique, 2022). Se agradeció su participación y, al finalizar, se verificó que los instrumentos estuvieran completamente llenados.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría General, 2014). En este apartado se garantiza el respeto al derecho y bienestar de los participantes de la investigación.

Del Título Primero de las Disposiciones Generales, Capítulo Único de Investigación en Seres Humanos, en relación con el Artículo 3, la investigación comprende el desarrollo de acciones que contribuyan a los siguientes apartados:

- II. Al consentimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Del Título Segundo de los Aspectos Éticos de Investigación en Seres Humanos, en relación con el Artículo 13, se respetará la dignidad de los participantes, procurando en todo momento brindar un trato individual y respetuoso. Se les explicará el objetivo de forma clara y se atenderá cualquier duda que expresen. Los participantes podrán retirarse del estudio en cualquier momento si lo desean o si se sienten perjudicados.

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Artículo 14:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquel, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, a que se refiere el Artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

En cumplimiento al Artículo 16, se protegerá la privacidad de los participantes, y la información obtenida se resguardará en un espacio en el que solo tendrá acceso el equipo de investigación. Se les mencionará a los participantes que no serán identificados por sus nombres.

De acuerdo con el Artículo 21, Fracciones I, II, VI, VII, VIII y IX, se explicará de forma clara a los participantes sobre los objetivos del estudio, haciendo mención de que se guardará la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse del estudio si así lo deciden.

Del Artículo 22, Fracciones I, II y IV, el consentimiento estará formulado por escrito y elaborado por el investigador principal. Será revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y deberá ser firmado por dos testigos.

Plan de análisis de los datos

Los datos fueron capturados y analizados mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 26. Se utilizó estadística descriptiva para obtener medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos, así como frecuencias y porcentajes de las variables de estudio.

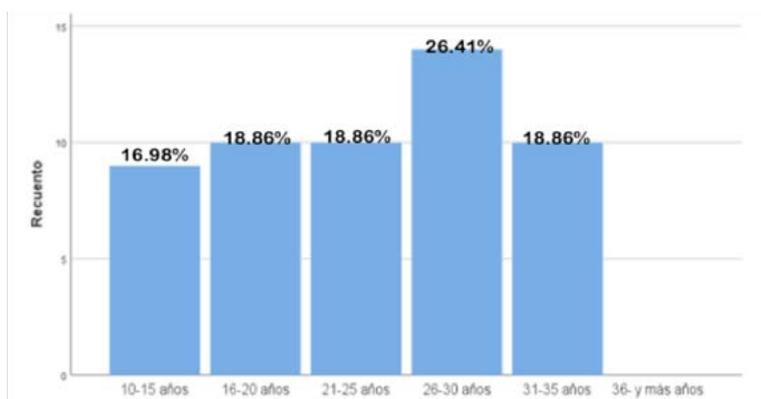
Resultados y discusión

Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento para la recolección de datos (cédula de datos sociodemográficos y escala de medición del parto humanizado desarrollada por Flor de María Cáceres-Manrique, 2022) fueron analizados tras verificar que los instrumentos estuvieran completamente llenados. Una vez recolectados los datos, estos fueron capturados y analizados mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 26. Se utilizó estadística descriptiva para obtener medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos, así como frecuencias y porcentajes de las variables de estudio. Con base en estos análisis, se seleccionaron los datos más relevantes para cumplir con el objetivo principal de la investigación: identificar y describir el cuidado que proporciona el profesional de salud en la atención del parto humanizado en una unidad de segundo nivel de atención.

En la Figura 2 se observa que el 26,41 % de las pacientes tienen edades entre 26 y 30 años, mientras que el 16,96 % corresponde a pacientes entre 10 y 15 años. Estas últimas son las que tuvieron la experiencia de estar en la sala de expulsión.

Figura 2.

Grupo de edad de las pacientes de pos parto

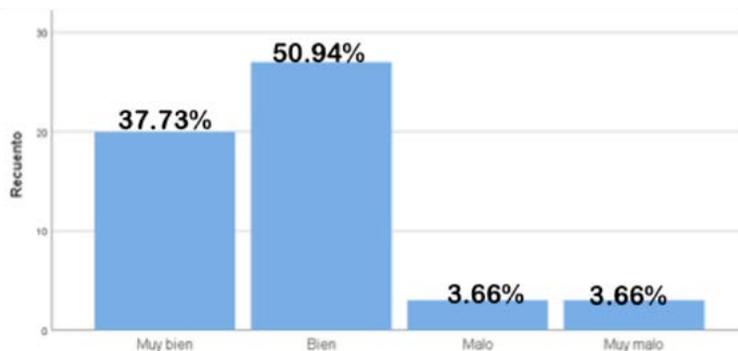


Nota: Propia de los investigadores.

Con relación a la actitud del personal, las pacientes expresaron que les pareció "bien" en un 50,94 %, seguido de "muy bien" en un 37,73 %. Finalmente, un 3,66 % calificó la actitud como "malo" o "muy malo". Estas percepciones corresponden a las pacientes que pasaron por el área de toco-cirugía y recibieron atención por parte del personal de enfermería y médicos (Figura 3).

Figura 3.

Cómo calificas la actitud del personal de salud durante su trabajo de parto

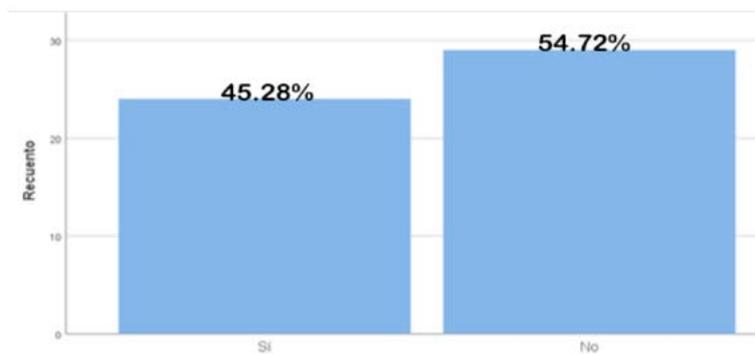


Nota: propia de los investigadores.

Como se puede observar en la Figura 4, el 45,28 % de las pacientes respondieron que sí les colocaron al bebé en la sala de parto posterior al alumbramiento, mientras que el 54,72 % respondieron que no. Es importante destacar que tanto la UNICEF como la OMS recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, iniciándola dentro de la primera hora posterior al nacimiento.

Figura 4.

Le colocaron el bebé en sala de parto, posterior al alumbramiento



Nota: propia de los investigadores.

Discusión

Es de gran relevancia para todos los profesionales de la salud involucrados en la atención del parto y posparto conocer y poner en práctica las recomendaciones necesarias para que el parto no solo sea seguro, sino que también contribuya a brindar una experiencia positiva tanto para las pacientes como para sus familiares durante el período de expulsión en la sala de labor o sala de parto. En este contexto, el objetivo de la investigación fue identificar y describir el cuidado que proporciona el profesional de salud en la atención del parto humanizado en una unidad de segundo nivel de atención.

En esta situación se encuestaron a 53 pacientes en puerperio fisiológico seleccionadas sin ningún criterio en particular, es decir, pacientes que fueron atendidas de parto en esta institución de salud, independientemente de su edad, raza, color, cultura o religión. Asimismo, las características generales de las pacientes embarazadas que llegan a esta unidad de salud en Los Mochis reflejan que llevaron un control prenatal en esta institución y que, por lo general, son jóvenes, primigestas, con embarazos a término y controlados.

Las complicaciones observadas en este grupo de pacientes son aquellas

que suelen presentarse comúnmente en la población obstétrica, como desgarros perineales, infecciones intraamnióticas, sangrado excesivo, atonía uterina y, en los bebés, complicaciones como el cordón umbilical alrededor del cuello, frecuencia cardíaca anormal y distocia de hombros. De ahí la importancia de no separar al bebé de su madre para garantizar protección y facilitar el contacto piel con piel, así como el inicio temprano de la lactancia materna.

Conclusiones

Dentro de los resultados de esta investigación se pudo constatar que las pacientes en puerperio fisiológico encuestadas en una unidad de salud de segundo nivel en Los Mochis, Sinaloa, presentan, en general, desconocimiento sobre el parto humanizado y los derechos de la mujer que se somete a este proceso. En cuanto a la distribución de mujeres embarazadas encuestadas según grupo etario, predominó el grupo de 26-30 años ($n = 26$, 26,41 %), seguido del grupo >16 años ($n = 10$, 18,86 %) y, por último, el grupo $<10-15$ años ($n = 9$, 20 %). Durante la atención del posparto, casi el 50 % de las pacientes consideraron que la actitud del personal de salud fue buena. Durante esta etapa, ellas perciben que tanto ellas como sus recién nacidos son tratados de una forma más humana, con actitud positiva, respeto y amabilidad. Probablemente, el haber superado la difícil etapa del expulsivo y contar con su recién nacido incide favorablemente en esta percepción.

En otro orden de ideas, se puede concluir que, durante la estancia, se logró adquirir un gran nivel de conocimientos acerca de todo lo que implica un modelo de investigación sistemática, así como grandes conocimientos teóricos sobre el proceso de un parto humanizado, destacando la importancia de este último y lo mucho que su aplicación podría aportar al aumento del índice de partos sin complicaciones. A pesar de que los datos obtenidos en su mayoría fueron favorables, no se descarta que aún quedan algunos puntos por mejorar en la aplicación de este proceso. Sin duda alguna, estos resultados podrán servir como base para perfeccionar este procedimiento dentro de las instituciones de salud, además de ser útiles para futuras investigaciones como punto de comparación entre diferentes contextos, tanto en unidades de salud pública como en el sector

privado, para evaluar cómo las instituciones han logrado adaptar este tipo de técnicas y procesos. Esto, con el fin de preservar siempre el bienestar del binomio madre-hijo.

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a los colaboradores de este proyecto, como los investigadores del programa DELFIN 2024, a los profesionales de salud del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Los Mochis, a nuestras colegas que participaron activamente en este proyecto por su apoyo, confianza, soporte y cariño, a la coordinadora de este libro, la Dra. Narce Dalía Reyes Pérez, y a Luis García Valenzuela por su incomparable apoyo. Finalmente, a Dios por permitirnos realizar este proyecto con agrado, colocando un granito de arena para mejorar nuestro quehacer profesional dentro del área de la salud.

Referencias

- Abril-Beltrán RE, Chisag-Guamán MM, Campos-Arroba AE, Benítez-Pazmiño KE, Ocaña-Guevara MA. Rol de enfermería en la atención del parto humanizado en mujeres gestantes. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023; 3:489. Doi: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023489>.
- Álvarez-Villaseñor, A. (2021). Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(3). Doi: <https://doi.org/10.24875/rmimss.m20000029>
- Crespo Antepara, D. N., Narea Morales, V. E., Gómez Soledispa, S. J., & Jaramillo Ávila, E. G. (2023). Parto humanizado con pertinencia intercultural. *Pro Sciences:Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 7(47), 156-164. Doi: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp156-164>
- Choez Zabala, J. D., & Cárdenas Heredia, F. R. (2023). Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(2), 5059–5078. Doi: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.956>
- García-Torres & Coll. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro*

- Social, vol. 58, núm. 3, 2020, Mayo-Junio, pp. 258-264 Instituto Mexicano del Seguro Social Distrito Federal, México. Doi: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
- García Torres, O. (2020). Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(3), 8. Doi: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
- Uribe Soto, F. C., & Reynalte Melgarejo, A. T. (2018). *Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en relación a las actitudes y prácticas del personal de salud. hospital de Barranca Cajatambo* - 2018
- Gómez Orrantía, J. A. (2022). Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 39(2), 17 - 24. <http://www.hies.gob.mx/img/boletin/b39-2.pdf#page=17>
- Cruz, B. J. (2020). *Calidad de atención percibida y satisfacción al parto humanizado en usuarias de Centro obstétrico del Hospital El Triunfo, 2020*. Piura: Programa académico de maestría en gestión de los servicios de la salud. Pag. 20-29
- Lavanderos, S., & Díaz-Castillo, C. (2024). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(6). <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000034>
- Orrantía, J. A. & Coll. (2022). Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 89. <http://www.hies.gob.mx/img/boletin/b39-2.pdf#page=17>
- Ramallo Castillo & Coll. (2024). Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. Revisión narrativa. *Ginecología y obstetricia de México*, 92(2), 85-96. Epub 31 de mayo de 2024.
- Salazar Cruz, B. J., & Castillo Hidalgo, E. G. (2021). *Calidad de atención percibida y satisfacción al parto humanizado en usuarias de Centro obstétrico del Hospital El Triunfo, 2020* [Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56891/Salazar_CBJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Secretaría general. (2014). *Reglamento de ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación.

- Cunningham F, & Leveno K.J., & Dashe J.S., & Hoffman B.L., & Spong C.Y., & Casey B.M.(Eds.), (2021). Trabajo de parto normal. Williams Obstetricia, 26e. McGraw-Hill Education.<https://accessmedicina.mh-medical.com/content.aspx?bookid=3103§ionid=260456379>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (01 de febrero de 2024). total de personas embarazadas a nivel mundial y la atencion del personal de salud.
- Organización Mundial de la Salud. (23 de agosto de 2023). Importancia de la atencion de salud a la mujer embarazada en el pais de España.
- Organización Panamericana de la Salud. (20 de enero de 2022). Parto humanizado en la region del norte de Mexico.

Capítulo 5

Aplicación de la NOM-007-SSA2-2016 en la consulta médica para el control del embarazo

Application of NOM-007-SSA2-2016 in the medi- cal consultation for pregnancy control

Alma Leticia Zamora Villegas²⁰

Mónica del Socorro Macarena Padilla²¹

Roberto Joel Tirado Reyes²²

<https://doi.org/10.61728/AE24002844>



²⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** alma.zamora@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6332-3441>

²¹ Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** monica.mp@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-0679-5898>

²² Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** robertojtr@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

Resumen

La aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 durante el control prenatal es de suma importancia, ya que permite la estandarización de la atención. Esta norma establece los criterios y procedimientos obligatorios que deben seguirse para brindar una atención prenatal de calidad en todo el país. Además, posibilita la detección oportuna de riesgos. Mediante la realización de los estudios, evaluaciones y procedimientos establecidos en la norma, es posible identificar de manera temprana factores de riesgo y posibles complicaciones durante el embarazo. Esto facilita la prevención de complicaciones y el manejo adecuado de estas, lo cual resulta en una reducción en la tasa de mortalidad. Al brindar una atención conforme a la normativa, se reducen los riesgos y se elevan los estándares de calidad, impactando positivamente en la disminución de la mortalidad materna e infantil.

Introducción

En la prehistoria, las mujeres embarazadas probablemente no tenían acceso a ningún tipo de atención médica formal o especializada. La atención durante el embarazo y el parto era manejada por mujeres integrantes de la comunidad, quienes transmitían sus conocimientos y prácticas de generación en generación. Algunas de las prácticas que se cree que se llevaban a cabo durante el embarazo en la prehistoria incluyen rituales y ceremonias. Muchas culturas primitivas realizaban rituales y ceremonias para proteger a la madre y al bebé durante el embarazo y el parto. Estos rituales a menudo involucraban ofrendas, cantos y danzas.

El uso de hierbas y remedios naturales también era común, ya que las mujeres de las comunidades primitivas poseían un conocimiento empírico de las plantas medicinales que podían ayudar a aliviar los malestares del embarazo y facilitar el parto. Además, se practicaban masajes y manipula-

ciones en el vientre de la mujer embarazada con el fin de intentar colocar al bebé en una posición adecuada para el parto. El apoyo de otras mujeres era fundamental: durante el parto, la mujer embarazada era asistida por otras integrantes de la comunidad, quienes brindaban apoyo emocional y físico. Algunas culturas primitivas tenían prácticas específicas para proteger a la madre y al bebé durante el embarazo y el parto, como restricciones alimenticias o de actividad física.

Es importante tener en cuenta que la atención prenatal en la prehistoria era muy limitada y estaba basada en conocimientos empíricos y tradiciones culturales. Las tasas de mortalidad materna e infantil eran muy altas en comparación con los estándares actuales, debido a la falta de atención médica adecuada y las condiciones de vida precarias. El control prenatal ha evolucionado con el tiempo, desde un modelo inicial centrado en la atención del parto hasta un enfoque integral de seguimiento de la salud de la madre y el feto. En la antigüedad, el embarazo y el parto eran atendidos principalmente por parteras o comadronas, quienes carecían de formación médica formal.

La mortalidad materna e infantil era muy elevada. Durante los siglos XVI al XVIII, con el desarrollo de la obstetricia, comenzaron a surgir manuales y un mayor control de la progresión del embarazo y la aparición de complicaciones. Sin embargo, estos avances aún resultaban insuficientes. A principios del siglo XX, comenzaron a popularizarse los controles prenatales periódicos durante la gestación mediante la medición de la presión arterial, el peso y la altura uterina.

En 1901, el médico francés Adolphe Pinard introdujo el concepto de “vigilancia prenatal”, la cual consistía en realizar exámenes periódicos a las mujeres embarazadas para detectar y prevenir posibles complicaciones. Pinard también enfatizó la importancia de la educación prenatal y el cuidado de la salud materna. Ya para las décadas de los años 50 y 60, se comenzaron a estandarizar pruebas de laboratorio y gabinete durante el control prenatal, como el análisis de orina y sangre, el ultrasonido prenatal y las pruebas genéticas. Se enfocaron en riesgos y complicaciones obstétricas. En décadas recientes, con la Medicina Basada en Evidencia, el control prenatal adopta un abordaje más integral e interdisciplinario de atención, que involucra la promoción de la salud y el apoyo psicosocial.

Actualmente, la vigilancia y los cuidados prenatales en la mujer embarazada tienen como piedra angular la atención prenatal, la cual consiste en una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas con el personal de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo. Incluye la difusión de información, la instauración de medidas de prevención, así como la identificación de signos y síntomas de urgencia obstétrica relacionados con la evolución normal del embarazo y el parto (División de Atención Prenatal y Planificación Familiar , 2016).

Marco Teórico

El control prenatal es de gran importancia durante el embarazo, ya que permite un seguimiento adecuado tanto para la salud de la madre como para la del feto. Este proceso incluye pruebas de laboratorio y gabinete que permiten detectar factores de riesgo o complicaciones de manera temprana, facilitando la implementación oportuna de intervenciones y tratamientos adecuados para abordar posibles problemas en la salud de la embarazada y del feto durante la gestación. Además, permite la prescripción de suplementos como vitaminas, hierro y ácido fólico, que contribuyen a un mejor estado nutricional de la madre durante el embarazo y el desarrollo del bebé, así como brindar educación para la salud sobre dieta balanceada, actividad física, eliminación de sustancias nocivas y salud oral, apoyando a la futura madre en la adopción de conductas de autocuidado.

Según la OMS (2016), la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Esto incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas por parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza (IMSS , 2017).

El artículo 4º de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de

manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud, en su artículo 3º, fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo (DOF, 2016).

La *Ley General de Salud*, en su artículo 67, determina el carácter prioritario de la planificación familiar como parte de los servicios de salud. También establece que este servicio debe incluir entre sus actividades información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, acceso a información anticonceptiva oportuna y sanciones a quienes practiquen la esterilización sin el consentimiento de los o las pacientes.

Según el informe de estadísticas de salud mundial de la ONU (2023), los niveles de la tasa de mortalidad materna, así como las tasas de progreso y la desaceleración, han sido desiguales en las distintas regiones de la OMS. La Región de Asia Sudoriental de la Organización Mundial de la Salud mantuvo la tasa de reducción y los primeros cinco años de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), reduciendo la tasa de mortalidad materna de 372 (IC: 336–423) muertes por 100 000 nacidos vivos en 2000 a 117 (IC: 106–133) muertes por 100 000 nacidos vivos en 2020.

La Región de África, si bien mantiene la reducción de la tasa anual relativamente estable en 2,0 % durante las últimas dos décadas, continuó teniendo la tasa de mortalidad materna más elevada.

La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región de Europa observaron una tendencia a la reversión, con un aumento de los niveles de la tasa de mortalidad materna entre 2016 y 2020, después de haber disminuido. Los niveles de la tasa de mortalidad materna se han mantenido bajos (por debajo de 100 muertes por 100 000 nacidos vivos) desde 2000.

En 2020, 13 países tenían una tasa de mortalidad materna que era muy alta (entre 500 y 999) o extremadamente alta (más de 1000). De estos países, 11 están en la Región Africana y dos están en la Región del Mediterráneo Oriental. En total, 117 países y zonas tenían una tasa de mortalidad materna inferior a 100 muertes por 100 000 nacidos vivos, 60 de las cuales

tuvieron una tasa de mortalidad materna extremadamente baja (por debajo de 20) (*Cuadro 1*).

También pueden producirse disparidades dentro de los países, siendo la maternidad un factor clave. Los niveles de la tasa de mortalidad varían según las regiones subnacionales, lugares de residencia, nivel socioeconómico (como ingresos y niveles educativos), y otros determinantes sociales, como la raza y la etnia. Según la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018)*, existen 9,7 millones de mujeres de 15 a 49 años con embarazo, de las cuales el 95,5 % (9,3 millones) tuvo atención prenatal, y de ellas, el 89,1 % (8,2 millones) recibió la primera consulta durante las 12 semanas iniciales de gestación (*CENETEC, 2022*).

(*CENETEC, 2022*, citado en Heredia, 2016). En México, la cobertura básica de atención prenatal alcanza el 98,4 %. Sin embargo, únicamente el 71,5 % de las mujeres recibe esta atención de manera adecuada. Al analizar las dimensiones de la atención prenatal de manera condicionada, se muestra que el 98,4 % de las mujeres la recibe de forma calificada (por parte de médico o enfermera especialista), el 83,2 %, de forma oportuna (durante los primeros tres meses del embarazo), el 79,9 %, de manera suficiente (al menos cuatro visitas), y tan solo el 71,5 %, de forma apropiada (información pertinente).

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es una condición esencial del bienestar de las familias y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello, se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México adoptó, junto con 189 países más, al firmar la *Declaración del Milenio* en 2000. Hasta 2015, la atención materna y perinatal estuvo vinculada al Objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y al Objetivo 5, que es “Mejorar la Salud Materna”, con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto. Actualmente, las acciones se orientan a la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030, cuyo objetivo es lograr el más alto nivel de salud para todas las mujeres, los niños y ado-

lescentes, transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, madre y niño no solo sobreviva, sino que prospere (DOF , 2016).

El informe epidemiológico publicado por la Secretaría de Salud de México, correspondiente a la semana epidemiológica 52 (diciembre de 2023), presenta que la razón de mortalidad materna calculada es de 26,5 defunciones por cada 100 000 nacimientos estimados, lo que representa una disminución del 12,9 % en comparación con la misma fecha del año anterior.

Las principales causas de defunción son: hemorragia obstétrica (19,4 %); enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (16,2 %); y aborto (8,3 %). Las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México (70), Veracruz (39), Guerrero (38), Chiapas (37) y Jalisco (32). En conjunto, suman el 39,0 % de las defunciones registradas. Sinaloa presenta seis defunciones.

Las defunciones por institución durante la semana 52 fueron: SSA (250), IMSS (118), el sector privado (35), ISSSTE (10) e IMSS Solidaridad (12). La Guía de Práctica Clínica Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente , instrumentada a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, se alinea con las estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2013-2018 .

La finalidad de esta guía es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía pone a disposición del personal del primer, segundo y tercer niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales en relación con:

- Promover el inicio temprano de la atención prenatal.
- Fortalecer la detección temprana de infecciones de vías urinarias, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo y enfermedades de transmisión sexual.
- Garantizar la detección y tratamiento adecuado de complicaciones asociadas al embarazo.
- Optimizar la referencia oportuna de pacientes con diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo o patologías maternas que así lo ameriten.

La implementación de esta guía favorece la mejora en la calidad y efectividad de la atención médica, lo que contribuye al bienestar de las personas y de las comunidades, constituyendo el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

El sistema de salud de México se ha nutrido de las recomendaciones y lineamientos establecidos en las guías de práctica clínica de atención prenatal de la OMS, adaptándolos al contexto y sistema de salud mexicano. Esto permite brindar una atención prenatal estandarizada y basada en evidencia científica actualizada en todo el país.

El 6 de enero de 1995 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993*, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. El 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la *Ley General de Salud* y los artículos 71 al 75 del Reglamento de la *Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, se firmó el *Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica, con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional.

Considerando el incremento de violencia documentada en estudios nacionales e internacionales contra las mujeres en todas sus formas, y en razón del estado de vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad, así como otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna. La violencia, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y puede generar complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil, los cuales deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera, se actualizó la norma, dando como resultado la *NOM-007-SSA2-2016*, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién

nacida, la cual contribuye a corregir desviaciones que afectan la calidad de la atención en salud y señala pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

La *NOM-007-SSA2-2016* tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y a las personas recién nacidas.

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

Como resultado, la *NOM-007-SSA2-2016* estandariza y uniformiza el control prenatal en el país con la finalidad de garantizar una atención de calidad a las mujeres embarazadas. A continuación, se define:

Atención del embarazo

1. Las actividades por realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:
 - Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o guía básica para la mujer embarazada, los cuales deben incluir los siguientes apartados:
 - Identificación de la embarazada : Nombre completo (debidamente acreditado con una identificación oficial), edad, escolaridad, estado civil, ocupación, domicilio habitual, número telefónico y datos de contacto de un familiar o persona cercana para establecer comunicación en caso necesario.
 - Antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y personales no patológicos : Registrar información relevante sobre enfermedades genéticas, crónicas o condiciones de salud previas, así como hábitos y estilo de vida.

- Antecedentes de embarazos previos y su resolución : Obtener información mediante un interrogatorio intencionado sobre datos relevantes, como cesáreas previas, preeclampsia, hemorragias obstétricas, partos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal, pérdidas recurrentes de gestación, diabetes gestacional y malformaciones congénitas.
2. Realizar el diagnóstico del embarazo mediante métodos clínicos, de laboratorio (prueba inmunológica en orina o suero) o ultrasonográficos. Con este propósito, no deben realizarse estudios radiográficos con radiación ionizante ni prescribirse medicamentos hormonales.
 3. Calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto mediante los siguientes métodos:
 - Wahl y Naegle: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;
 - A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y
 - En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.
 4. Realizar una búsqueda intencionada de factores de riesgo durante el interrogatorio.
 5. Identificar los siguientes factores de riesgo para diabetes gestacional (DG): padres con diabetes mellitus (DM) o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad igual o superior a 25 años; peso al nacer de la paciente igual o superior a 4 kg; obesidad con peso igual o superior a 90 kg; índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m² antes del embarazo; pacientes con glucemia en ayunas igual o superior a 130 mg/dl; hijos con peso al nacer igual o superior a 4,000 g; antecedente de muerte fetal; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.
 6. Identificar e informar a la mujer embarazada sobre el alto riesgo que representan el consumo de sustancias químicas adictivas, la automedicación, la exposición a fármacos, tabaco, marihuana, alcohol u otras drogas psicoactivas o psicotrópicas, así como otras sustancias con efec-

tos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo y causar daño embrio-fetal, independientemente del período gestacional.

7. En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, evaluando la relación riesgo-beneficio de su administración.
8. Identificar datos relacionados con depresión u otros trastornos de salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.
9. Cuando se atienda a una mujer embarazada, particularmente si es adolescente menor de 15 años, realizar una búsqueda intencionada de indicios de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrar datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
10. Realizar una exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional; exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y la frecuencia cardíaca fetal, cuando corresponda, así como la toma de citología cérvico-vaginal, si procede.
11. Prescribir medidas generales de higiene y dieta con el fin de promover la salud.
12. Administrar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.
13. Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0,4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el período, con un mínimo de tres meses previos a la primera consulta, y durante todo el embarazo.
14. Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:
 - *Biometría hemática completa*.
 - Grupo sanguíneo y factor Rh. En pacientes Rh negativo, realizar prueba de Coombs indirecto.
 - Glucosa en ayunas y a la hora poscarga de 50 g.
 - Creatinina y ácido úrico.
 - Examen general de orina: se recomienda realizar una prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal. En caso de resultados positivos, solicitar un urocultivo para iniciar tratamiento antibacteriano.

- Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir la transmisión de sífilis congénita: toda mujer que resulte positiva para sífilis debe ser referida inmediatamente al segundo nivel de atención o a establecimientos médicos especializados.
 - Detección de VIH y sífilis. Toda mujer que resulte positiva para VIH o sífilis debe ser referida inmediatamente al segundo nivel de atención o a establecimientos médicos especializados.
 - Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo con la valoración clínica y la evolución del embarazo, se podrá solicitar un estudio ultrasonográfico.
15. Promover que la embarazada de bajo riesgo asista a un mínimo de cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o tras una prueba positiva de embarazo, atendiendo al siguiente calendario:
- Primera consulta: entre las 6 y 8 semanas;
 - Segunda consulta: entre las 10 y 13.6 semanas;
 - Tercera consulta: entre las 16 y 18 semanas;
 - Cuarta consulta: a las 22 semanas;
 - Quinta consulta: a las 28 semanas;
 - Sexta consulta: a las 32 semanas;
 - Séptima consulta: a las 36 semanas; y
 - Octava consulta: entre las 38 y 41 semanas.

La atención prenatal, mediante intervenciones integrales y preventivas, permite detectar riesgos fetales y maternos, facilitando la aplicación del tamizaje prenatal oportuno entre las 11 y 13.6 semanas, y en el segundo trimestre entre las 16 y 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

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

17. Por el alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más debe ser trasladada al segundo nivel de atención para su valoración y atención.
18. En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada información clara, veraz y basada en evidencia científica sobre diferentes aspectos de la salud durante el embarazo, con el fin de que conozca los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la beneficien, lactancia materna exclusiva y planificación familiar, resaltando la importancia de estar atenta ante posibles complicaciones que puedan poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida. Además, debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que atraviesan su primer embarazo. Durante todo el embarazo, se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, como diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia, además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, y quede debidamente registrado en el expediente clínico.

Consultas subsecuentes

1. Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:
 - Brindar a la embarazada la oportunidad de exponer sus dudas y síntomas. Resolver sus dudas utilizando un lenguaje claro y accesible, y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.
 - Realizar un interrogatorio dirigido buscando datos de alarma durante el embarazo.
 - Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez marcada, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.
 - Realizar la medición, registro e interpretación del peso, la talla, la pre-

sión arterial, la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el crecimiento del fondo uterino, los movimientos del feto y la frecuencia cardíaca fetal, así como la realización de ultrasonidos.

- Interpretar y valorar los resultados de los exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anormalidad en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y, en su caso, trasladarla al servicio de atención obstétrica de urgencia.
- A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para diabetes gestacional (DG) entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.
- Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de segundo o tercer nivel, donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación, a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) con el fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus, así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija o hijo.
- Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.
- Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos médicamente justificados, como el de madre VIH positiva, en los cuales se recomendarán sucedáneos de la leche materna o fórmulas infantiles.
- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de estos, conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana . Además, establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico (como el post-parto o post-aborto), de preferencia antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

- Administrar las vacunas correspondientes a la embarazada según lo establecido en la Norma Oficial Mexicana .
- Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares sobre los signos y síntomas de alarma que ameriten atención inmediata en el establecimiento para la atención médica. Elaborar un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención.
- Proporcionar a la gestante un carnet perinatal, cartilla o guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecoobstétricos, factores de riesgo obstétrico, evolución del embarazo en cada consulta (incluyendo fecha, edad gestacional, peso, presión arterial, fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, resultados de exámenes de laboratorio, observaciones y resultado de la atención obstétrica), así como factores de riesgo asociados a embarazos futuros.
- Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, la planificación familiar y los signos de alarma durante el embarazo.
- El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas. Debe estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico, como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico-vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino, y la detección y control de otras patologías preexistentes o intercurrentes con el embarazo, aplicando las medidas de atención oportuna.
- En cada consulta subsecuente, realizar la búsqueda intencionada de factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

Prevención del peso bajo al nacimiento

1. El personal de salud encargado de la atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección temprana de factores de riesgo y manejo adecuado en caso de amenaza de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacimiento.
2. La detección temprana debe realizarse tres meses antes del embarazo y a lo largo de la gestación.
3. Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer sobre su autocuidado, la identificación de signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.
4. Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, la altura del fondo uterino y el estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en las primeras etapas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificarlo, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.
5. En todos los establecimientos de atención médica que atienden partos pretérminos, se debe implementar preferentemente la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con su madre. Además, se debe propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, mediante una valoración clínica realizada por el médico.

A pesar de los avances logrados en la aplicación de esta norma, persisten desafíos para la plena implementación de la *NOM-007* en todo el sistema de salud, particularmente en zonas rurales y marginadas. Por lo que es fundamental sensibilizar a la población gestante o en edad fértil sobre la importancia de acudir a control prenatal en su unidad médica y adoptar medidas de autocuidado. Sin embargo, esta norma se ha convertido en un instrumento clave para mejorar la calidad y estandarización de la atención materna en México.

Métodos y técnicas de investigación

El diseño de la investigación se centró en una metodología documental que buscó recopilar y analizar información existente sobre la NOM-007-SSA2-2016 y su aplicación en la consulta médica para el control del embarazo. Esta elección fue fundamental para comprender el contexto y las implicaciones de la norma en la práctica clínica. Se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda de fuentes documentales, que incluyeron:

- *Normas oficiales*: En cuanto a las normas oficiales, se revisaron documentos emitidos por la Secretaría de Salud que describen la *NOM-007-SSA2-2016*, así como otros lineamientos relacionados con la atención médica en el embarazo.
- *Literatura académica*: Se exploraron artículos, tesis y estudios previos que analizaran la implementación de la norma y sus efectos en la atención obstétrica.
- *Informes de instituciones de salud*: Se obtuvieron reportes de organismos y hospitales que implementan la norma, lo que permitió evaluar su efectividad y los desafíos enfrentados.

Una vez recopilada la información, se realizó un análisis detallado, que consistió en la descripción de características: se identificaron y describieron las características, propiedades y rasgos del fenómeno estudiado. Esto incluyó aspectos como los objetivos de la norma, los procedimientos recomendados y los indicadores de calidad en la atención prenatal.

Técnicas de análisis: Se empleó un enfoque cualitativo para analizar y sintetizar la información, identificando temas recurrentes y patrones significativos que emergieron de la documentación revisada.

La investigación también incluyó técnicas cuantitativas: se recolectaron datos estadísticos de fuentes confiables, como el Sistema Nacional de Salud, que proporcionaron información sobre tasas de mortalidad materna, complicaciones en el embarazo y cumplimiento de la norma en diferentes regiones. Los resultados se presentaron de manera clara, estructurada y narrativa, en la cual se integraron los hallazgos cualitativos y cuantitativos, ofreciendo una visión holística sobre la aplicación de la norma y su impacto en la atención durante el embarazo.

Resultados y discusión

La *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016* para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio constituye un hito importante para la salud materna en México. Desde su implementación, ha permitido estandarizar la calidad y seguridad en la atención en todas las instituciones públicas y privadas del sector salud. Establece criterios claros sobre periodicidad, alcance y contenidos que deben cumplirse en el control prenatal, la vigilancia de la evolución del embarazo, la referencia oportuna a especialistas, la suplementación, la detección de riesgos, así como la atención del parto y el puerperio.

La implementación de la *NOM-007* ha incrementado la garantía de que toda mujer embarazada tendrá acceso a estudios médicos integrales, pruebas diagnósticas de laboratorio, ultrasonidos obstétricos, medicamentos indispensables y atención oportuna ante cualquier complicación, con base en protocolos institucionales.

A ocho años de su implementación, los indicadores de salud materna, como la mortalidad materna, las muertes por preeclampsia/eclampsia, la anemia y las hemorragias, han mostrado una tendencia a la baja. Sin embargo, aún persisten brechas de calidad entre regiones urbanas y rurales, así como en la población indígena. Por lo que es necesario reforzar políticas interculturales en salud reproductiva y ampliar la cobertura en poblaciones marginadas. La *NOM-007* debe actualizarse constantemente de acuerdo con el contexto y las necesidades emergentes, para proteger, cada vez más, el derecho a la maternidad segura de las mexicanas.

Conclusiones

La aplicación de la *NOM-007-SSA2-2016* en la atención de la mujer embarazada es de suma importancia, ya que uniformiza los criterios y procedimientos que debe cumplir la atención médica en el control prenatal, parto y puerperio en todos los establecimientos de salud del sector público y privado. Asimismo, garantiza que toda institución cumpla con un estándar mínimo de calidad y seguridad para proteger la salud de la madre y el bebé durante el proceso reproductivo, asegurando que se realicen exámenes

médicos integrales periódicos, pruebas de laboratorio y los tratamientos adecuados de acuerdo con protocolos establecidos. Se realiza la vigilancia de que la madre reciba los suplementos indispensables en esta etapa, como ácido fólico, hierro, calcio y vitaminas prenatales, y se promueve la detección temprana y tratamiento oportuno de posibles complicaciones, lo que permite prevenir daños mayores en la salud materna y perinatal. Un aspecto esencial es que garantiza una atención digna, respetuosa y basada en los derechos humanos, con información suficiente, trato equitativo, atención culturalmente pertinente y elección libre e informada en los procesos reproductivos

Sugerencias

1. Capacitación Continua del Personal de Salud

Implementar programas de formación continua para médicos y enfermeras sobre la norma y las mejores prácticas en el control del embarazo. Esto garantizaría que el personal esté actualizado con las últimas recomendaciones y protocolos.

2. Mejora en la Disponibilidad de Recursos

Es necesario asegurar que las clínicas y hospitales dispongan de los insumos y equipos necesarios para realizar pruebas y procedimientos recomendados por la norma. Esto incluye ultrasonidos, pruebas de laboratorio y otros recursos diagnósticos.

3. Sensibilización y Educación a la Población Gestante

Promover campañas de sensibilización dirigidas a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la atención prenatal y los derechos que tienen en el acceso a servicios de salud.

4. Evaluación de Resultados

Implementar mecanismos para la evaluación periódica de la efectividad de la aplicación de la norma. Lo cual puede incluir encuestas de satisfacción de pacientes, análisis de resultados de salud materna y neonatal, así como auditorías de calidad.

5. Incorporación de Tecnología

Implementar plataformas digitales para facilitar el acceso a información y consultas médicas. Las aplicaciones móviles pueden funcionar como recordatorios de citas y proporcionar información educativa sobre el embarazo y el control prenatal.

6. Investigación y Actualización de la Norma

Promover la investigación continua sobre la efectividad de la norma y su aplicación en la práctica. La actualización periódica de la NOM-007 , basada en nuevos hallazgos y experiencias, asegurará su relevancia y eficacia.

Agradecimientos

A mis padres:

Todo libro tiene su origen mucho antes de que se escriba la primera palabra. Este proyecto nació de los valores y enseñanzas que ustedes, papá y mamá, plantaron en mí desde pequeño. Gracias por regalarme una infancia llena de amor, por fomentar mi curiosidad intelectual y por todos los sacrificios que hicieron para que pudiera crecer y hoy alcanzar mis sueños.

A mis hijos:

Ver sus caritas cada día me recuerda la verdadera razón de todo, la fuente que impulsa mi deseo de superación con el objetivo de brindarles siempre lo mejor. Gracias por llenar mis días de alegría, abrazos y una creatividad inagotable. Espero que crezcan con la convicción de que todo es posible con esfuerzo y determinación.

Este trabajo es, en gran medida, fruto de lo que ustedes me motivan a ser. Son mi mayor inspiración, y este logro también les pertenece. ¡Los amo!

A todos aquellos a quienes amo, dedico este libro. La vida recompensa el trabajo constante y las buenas intenciones. Sigamos adelante, y llegarán nuevos frutos.

Referencias

- CENETEC. (2022). *Guía de práctica clínica. Atención y cuidados multidisciplinares en el embarazo*: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-028-22/ER.pdf
- DOF. (07 de Abril de 2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Guía de práctica clínica. Control prenatal con atención centrada en la paciente*: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2023). *World health statistics*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367912/9789240074323-eng.pdf?sequence=1>
- Secretaría de Salud. (2023). *Secretaría de Salud. Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/878706/MM_2023_SE52.pdf

Anexos

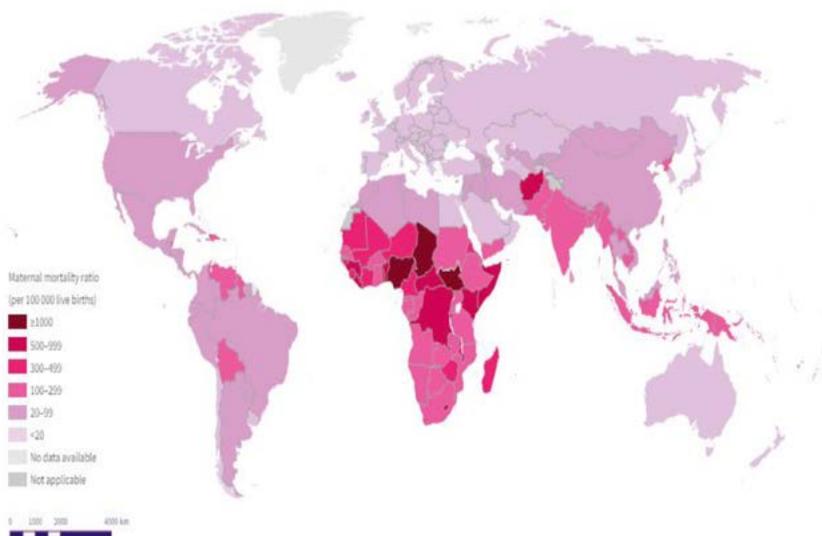


Figura 1: Tasa de mortalidad materna por país, 2020.

Nota: Organización de las Naciones Unidas, 2023.

Cuadro 1.

Medición de altura de fondo uterino

| Semanas de gestación | Ubicación de la altura del fondo uterino en el abdomen materno | FU (cm) |
|----------------------|---|---------|
| 9 | A nivel de la sínfisis del pubis | |
| 12 | El útero se palpa en el abdomen | |
| 16 | Se encuentra a la mitad entre la sínfisis del pubis y el ombligo | 16 |
| 22 | Se palpa a nivel del ombligo | 20 |
| 28 | Se palpa a tres dedos de la cicatriz umbilical | 24 |
| 32 | Aumenta tres veces de dedo | 28 |
| 36 | Alcanza el borde costal y detiene su crecimiento. | 32 |
| 40 | El crecimiento es muy lento y ya no perceptible. En primigestas tiene a disminuir por crecimiento del feto. | 30-32 |

Nota: Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Capítulo 6

Derecho a la salud reproductiva

Right to reproductive health

*José Alberto Ortega Campos*²³

*José Rafael Ortega Luna*²⁴

*Oswaldo Acosta Cervantes*²⁵

<https://doi.org/10.61728/AE24002851>



²³ Universidad Autónoma de Sinaloa. Docente de Tiempo Completo. **Correo electrónico:** josealbertoortegacampos@hotmail.com. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-8919-0677>

²⁴ Universidad Autónoma de Sinaloa. Docente de Tiempo Completo Facultad de Derecho y Ciencia Política Unidad Regional Norte. **Correo electrónico:** rafaelortega@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-5973-9444>

²⁵ Universidad Autónoma de Sinaloa. Docente de Tiempo Completo Facultad de Derecho y Ciencia Política Unidad Regional Norte. **Correo electrónico:** oswaldoacosta@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6631-9886>

Resumen

El derecho a ser concebido es, sin duda, un derecho inclusivo que abarca una amplia gama de factores esenciales para la vida. No solo incluye el derecho a ser concebido, sino también el derecho a nacer y acceder a servicios médicos, así como el acceso a condiciones básicas como agua potable, saneamiento adecuado, alimentación nutritiva, vivienda, educación y un medio ambiente saludable.

La inclusividad del derecho al nacimiento implica que todas las personas, sin distinción de raza, género, discapacidad, condición socioeconómica o estatus migratorio, deben tener el derecho a la vida y están vinculadas al acceso a los recursos y servicios necesarios para obtener un nacimiento saludable, así como para mantener y mejorar su salud.

Este enfoque inclusivo es fundamental para reducir las desigualdades en salud, particularmente durante el nacimiento, y garantizar que todos los individuos puedan disfrutar de una vida digna y saludable.

Introducción

El derecho a la procreación es un aspecto fundamental de los derechos humanos que se refiere a la capacidad y libertad de los individuos para decidir si desean tener hijos, cuántos quieren tener y cuándo tenerlos. Este derecho está intrínsecamente vinculado a la autonomía personal, la privacidad y la igualdad, y se encuentra protegido por diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, como la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (CNDH, 2019). Por ello, se enumeran los derechos implícitos en la procreación:

1. *Autonomía Reproductiva*: La autonomía reproductiva es fundamental para garantizar que las personas tomen decisiones informadas sobre su propia reproducción sin coacción, discriminación o violencia. Esto incluye

el acceso a información y servicios de salud reproductiva, como métodos anticonceptivos y atención prenatal.

2. *Igualdad de Género*: El derecho a la procreación también está relacionado con la igualdad de género, ya que históricamente las mujeres han enfrentado mayores restricciones en su capacidad para decidir sobre su reproducción. La igualdad en este ámbito implica que tanto hombres como mujeres tengan el mismo control sobre las decisiones reproductivas.
3. *Salud Reproductiva*: El acceso a servicios de salud reproductiva de calidad es un componente clave del derecho a la procreación. Esto abarca desde la educación sexual integral hasta la atención médica durante el embarazo y el parto, así como el acceso a tratamientos de fertilidad.
4. *Libertad de Coerción, Discriminación y Violencia*: Es esencial que las decisiones reproductivas sean libres, sin coerción, discriminación ni violencia. Las leyes y políticas deben proteger a las personas de prácticas coercitivas, como la esterilización forzada.
5. *Consideraciones Éticas y Culturales*: El derecho a la procreación también se enmarca en contextos culturales y éticos que pueden influir en cómo se perciben y ejercen estos derechos. Es importante abordar estas consideraciones con respeto y sensibilidad.
6. *Derechos de los Niños*: Este derecho también incluye el bienestar de los niños que van a nacer. Las decisiones reproductivas deben tener en cuenta la capacidad de los padres para proporcionar un entorno seguro y saludable para el desarrollo de los niños. Los derechos de los niños son esenciales para garantizar su crecimiento y desarrollo integral.
7. *Derecho a la Educación*: Todos los niños tienen derecho a una educación de calidad que les permita desarrollar sus habilidades y conocimientos.
8. *Derecho a la Salud*: Los niños deben tener acceso a servicios de salud adecuados que aseguren su bienestar físico y mental.
9. *Derecho a la Protección contra el Abuso y la Explotación*: Es esencial que los niños estén protegidos de cualquier forma de abuso, violencia o explotación.
10. *Derecho a la Identidad*: Los niños tienen derecho a tener un nombre, nacionalidad y una identidad cultural que les permita ser reconocidos legalmente en la sociedad.

11. *Derecho a la Participación*: Los niños deben tener la oportunidad de expresar sus opiniones y participar en decisiones que afectan sus vidas, de acuerdo con su edad y madurez.
12. *Derecho al Juego y el Descanso*: El juego es esencial para el desarrollo infantil, y los niños también necesitan tiempo para descansar y disfrutar de actividades recreativas.

Estos derechos son universales y deben ser garantizados, respetados y promovidos por los gobiernos, comunidades y familias para asegurar que cada niño tenga la oportunidad de alcanzar su máximo potencial en un entorno seguro y amoroso.

Derecho al embarazo

El derecho relacionado con el embarazo es un tema fundamental que abarca varios aspectos legales, éticos y sociales (Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J., & Vargas Vite, V., 2010). A continuación, se detallan algunos puntos clave relacionados con este derecho:

1. *Autonomía reproductiva*: Todas las personas tienen el derecho a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su embarazo, incluyendo la decisión de continuar o interrumpirlo. Esto implica el acceso a información completa y servicios de salud reproductiva de calidad. Este derecho es esencial para garantizar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, permitiéndoles controlar su propio cuerpo y destino. Además, promueve la salud y el bienestar al mitigar los riesgos asociados con embarazos no deseados y procedimientos inseguros. Es crucial que los gobiernos y las sociedades trabajen juntos para proteger y respetar este derecho, asegurando que todas las personas tengan acceso a la educación sexual integral y a servicios de salud accesibles y seguros (Connell, R. W., 1995). La autonomía reproductiva no solo es un asunto de derechos humanos, sino también un pilar para el desarrollo social y económico sostenible.
2. *Acceso a la salud*: Garantizar el acceso a servicios de salud adecuados y oportunos durante el embarazo es esencial para asegurar la salud y el bienestar de la madre y el bebé. Esto incluye atención prenatal, apoyo

durante el parto y atención postnatal. Un sistema de salud robusto debe ofrecer recursos y educación a las futuras madres, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus hijos. Además, es importante que las barreras económicas, geográficas y sociales no obstaculicen el acceso a estos servicios esenciales. La colaboración entre gobiernos, organizaciones de salud y comunidades es crucial para crear un entorno donde cada mujer pueda recibir la atención que necesita. La inversión en la salud materna no solo mejora la calidad de vida de las familias, sino que también fortalece el tejido social y económico de una nación.

3. *Protección laboral:* Las mujeres embarazadas tienen derecho a la protección en el ámbito laboral, lo que incluye la no discriminación, la licencia de maternidad y condiciones de trabajo seguras. Además, es importante que las empresas adopten políticas que promuevan la igualdad de oportunidades y el respeto hacia las futuras madres, garantizando que puedan desempeñar sus funciones sin temor a represalias o dificultades adicionales. Las leyes laborales en muchos países establecen medidas específicas para asegurar que las mujeres embarazadas reciban el apoyo necesario durante este importante período de sus vidas, lo que contribuye a un ambiente de trabajo más inclusivo y equitativo para todos.
4. *Educación y apoyo social:* Es crucial proporcionar educación y apoyo a las mujeres embarazadas, especialmente para aquellas en situaciones vulnerables. Esto incluye acceso a programas de nutrición, apoyo psicológico y recursos comunitarios.
5. *Derecho a la privacidad:* Las decisiones vinculadas al embarazo deben ser respetadas y protegidas, asegurando la privacidad de las mujeres en sus elecciones reproductivas.

Fomentar el respeto y la salvaguarda de estos derechos es fundamental para garantizar que todas las personas tengan la posibilidad de ejercerlos. Es fundamental fomentar la educación y la sensibilización sobre estos derechos desde una edad temprana, para que las futuras generaciones crezcan con un entendimiento claro de su importancia. Además, es esencial que las instituciones y los gobiernos trabajen de manera conjunta para implementar políticas efectivas que protejan estos derechos y aseguren que nadie sea discriminado o excluido.

La diversidad cultural y social enriquece las comunidades, y respetar los derechos de cada individuo contribuye a crear un entorno más justo y equitativo. Al fomentar un diálogo abierto y constructivo, podemos identificar y abordar las barreras que impiden el pleno ejercicio de estos derechos, avanzando hacia una sociedad donde todos se sientan valorados y escuchados.

La educación es un pilar fundamental para alcanzar este objetivo, ya que promueve la empatía y el entendimiento entre diferentes culturas y perspectivas. Las iniciativas comunitarias, como talleres y eventos multiculturales, pueden servir como plataformas para compartir experiencias y aprender unos de otros. Además, es crucial que las políticas públicas reflejen este compromiso con la diversidad, asegurando que todos los grupos tengan acceso equitativo a oportunidades y recursos. Solo a través de la colaboración y la comprensión mutua podremos construir un futuro donde la diversidad sea celebrada como una fortaleza y donde cada persona tenga la capacidad de contribuir plenamente a la sociedad.

El reconocimiento legal de la interrupción del embarazo es un tema crucial en el ámbito de los derechos reproductivos y la salud pública (Chaves, S. et al., 2015).

Este reconocimiento implica que los Estados establecen un marco jurídico que permite a las mujeres acceder a servicios de aborto de manera segura y legal bajo determinadas condiciones. A continuación, se detallan algunos aspectos clave relacionados con este tema:

1. *Derechos de las mujeres:* El reconocimiento legal del aborto está estrechamente vinculado a la protección de los derechos de las mujeres, incluyendo el derecho a la autonomía sobre sus cuerpos y a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.
2. *Salud pública:* La legalización del aborto puede contribuir a disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad materna asociadas a procedimientos inseguros. Al proporcionar acceso a servicios médicos regulados, se protegen tanto la salud física como mental de las mujeres.
3. *Consideraciones éticas y morales:* Este tema a menudo genera debates éticos y morales. Diferentes grupos pueden tener opiniones variadas basadas

en creencias religiosas, culturales o personales sobre el inicio de la vida y los derechos del feto. Es fundamental promover un diálogo respetuoso y empático en estos debates, fomentando la empatía y el entendimiento entre las distintas perspectivas. La educación y la información objetiva pueden servir como herramientas valiosas para que las personas formen sus propias opiniones informadas. Además, es crucial considerar el contexto legal y social en el que se desarrollan estas discusiones, ya que las leyes y políticas pueden influir significativamente en las decisiones personales y colectivas. La búsqueda de un equilibrio entre los derechos individuales y las consideraciones éticas colectivas es un desafío que requiere atención y sensibilidad. Es fundamental también:

involucrar a una amplia gama de voces en estas conversaciones, asegurando que se escuchen y respeten las experiencias y preocupaciones de todos los grupos afectados (Deller, B. et al., 2015).

La inclusión de expertos de diversas disciplinas puede enriquecer el debate, aportando perspectivas científicas, filosóficas y culturales que ayuden a iluminar los distintos aspectos de los temas en cuestión.

En última instancia, el objetivo debería ser construir una sociedad más justa y equitativa, donde las diferencias sean vistas como una fortaleza y no como un obstáculo. Fomentar el diálogo abierto y honesto, basado en el respeto mutuo y la voluntad de aprender unos de otros, es un paso esencial hacia la convivencia pacífica y el progreso colectivo. Con esfuerzo y compromiso, es posible alcanzar soluciones inclusivas que reflejen la diversidad de pensamientos y valores, promoviendo una comunidad más cohesionada y solidaria.

4. *Legislación y regulaciones:* Las leyes sobre aborto varían significativamente entre países e incluso dentro de regiones de un mismo país. Algunas jurisdicciones permiten el aborto sin restricciones, mientras que otras imponen limitaciones relacionadas con el tiempo de gestación, las razones para el procedimiento, o requieren consentimiento parental o asesoramiento previo.

5. *Acceso equitativo*: Es esencial que las leyes no solo reconozcan el derecho al aborto, sino que también garanticen el acceso equitativo a los servicios necesarios. Esto incluye la eliminación de barreras económicas, geográficas y sociales que puedan impedir a las mujeres ejercer este derecho. Además, es crucial que la educación sobre salud reproductiva se integre en los planes de estudio, fomentando una comprensión clara y libre de prejuicios sobre el tema. Los sistemas de salud deben estar equipados con personal capacitado y recursos adecuados para atender de manera efectiva las necesidades de las mujeres. La sensibilización y la formación continua del personal sanitario son esenciales para asegurar un ambiente de respeto y empatía hacia quienes buscan estos servicios. A través de estas medidas, se puede avanzar hacia un entorno donde cada mujer tenga la libertad y la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y su futuro.

Es fundamental fomentar la educación y la concienciación desde una edad temprana, para que las nuevas generaciones crezcan con una comprensión clara de la importancia de la igualdad de género y el respeto mutuo. Además, es crucial implementar políticas que garanticen el acceso a servicios de salud de calidad, incluidos aquellos relacionados con la salud reproductiva, para todas las personas sin discriminación.

La promoción de espacios seguros donde las mujeres puedan compartir sus experiencias y apoyarse mutuamente también es esencial. Estos espacios deben estar respaldados por redes de apoyo que incluyan a profesionales capacitados para ofrecer orientación y asistencia cuando sea necesario.

Por último, el empoderamiento económico de las mujeres es un pilar indispensable. Facilitar su acceso al mercado laboral, promover la igualdad salarial y ofrecer oportunidades de desarrollo profesional son pasos que contribuyen significativamente a su autonomía y bienestar. Con estas acciones, se puede construir una sociedad más justa y equitativa para todos.

6. *Educación y prevención*: Junto con la legalización, muchas políticas promueven la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no planificados y, con ello, reducir la necesidad de abortos.

El reconocimiento legal de la interrupción del embarazo es un paso hacia el fortalecimiento de los derechos reproductivos (Devakumar, D., 2019); sin embargo, debe estar acompañado de políticas integrales que aseguren el acceso y el respeto a la diversidad de opiniones y necesidades de la sociedad.

Embarazo y VIH

En 2017, aproximadamente 18,2 millones de mujeres de 15 años o más vivían con el VIH, de un total de 36,9 millones de personas con VIH en todo el mundo. Las adolescentes y los jóvenes se ven particularmente afectados; de 5 000 personas que adquieren el VIH diariamente, el 43 % son mujeres y el 19 % son mujeres jóvenes (de entre 15 a 24 años de edad). Mientras que en México, de un total estimado de 202 295 casos, 36 189 se han dado en mujeres y 166 106 en hombres.

En muchos países, las mujeres que viven con VIH no tienen acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad y enfrentan múltiples formas de estigmatización y discriminación. Además, las mujeres que viven con VIH son desproporcionadamente vulnerables a la violencia, incluyendo la violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos humanos de una mujer con VIH

En México, “la reforma constitucional (10 de junio de 2011) en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, que determina: en los Estados Unidos Mexicanos, todas las personas tienen garantizados sus derechos humanos, reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece” (Consejo Nacional de Población, 2017).

Es decir, que todas las personas que viven o están en México (sean mexicanos o no) gozarán de todos los derechos humanos reconocidos en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, entre ellos cabe

mencionar el derecho constitucional a la no discriminación, por género, por condiciones de salud, edad, condiciones sociales, preferencia u orientación sexual, estado civil, entre otros (Artículo Primero, párrafo quinto de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*).

El párrafo tercero de este primer artículo deja claro: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad” (*Diario Oficial de la Federación [DOF]*, 08/05/2020). En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Si se considera que alguna autoridad de salud ha violado los derechos humanos, ya sea de una mujer o del bebé, se puede presentar una queja ante los organismos públicos de protección a los derechos humanos, tales como la Defensoría y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos o la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).

Una breve aproximación al VIH y el Sida

El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, y el SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). “El VIH provoca la caída de las defensas del organismo, dejándolo expuesto a enfermedades que, de otro modo, no le afectarían, de manera tal que si una persona con VIH” (Consejo Nacional de Población, 2017), no recibe atención y tratamiento oportuno, puede llegar a la fase sintomática llamada SIDA. En 1981, se descubrieron los primeros casos en hombres homosexuales; sin embargo, pronto la comunidad científica se percató de que podía afectar, en general, a cualquier persona.

La calidad de vida de las personas con VIH ha mejorado considerablemente con los tratamientos antirretrovirales (TARV). Según algunos informes, en el caso de las mujeres embarazadas, la posibilidad de transmitir el virus al bebé baja hasta el 2 % o menos con las medidas de prevención adecuadas: tratamiento profiláctico durante el embarazo, cesárea si la carga viral no está indetectable, y se recomienda la suspensión de la lactancia materna. Por ello, es indispensable ofrecer a todas las mujeres embarazadas, en la consulta prenatal del primer trimestre, y posteriormente en el

tercer trimestre, la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, y en caso de que se confirme que tienen el virus, administrar la terapia más apropiada.

En México, hasta el cierre de 2016, “las cinco entidades con mayor proporción de casos de VIH y SIDA en mujeres eran: Chiapas (29 %), Guerrero (26,1 %), Veracruz (25,1 %), Oaxaca (24,9 %) y Tabasco (23,9 %)” (Consejo Nacional de Población, 2017). Con casi una tercera parte de los casos reportados en población femenina. Sin embargo, la epidemia, que en nuestro país ha estado concentrada principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas usuarias de drogas inyectables y aquellas que ejercen el trabajo sexual, ha incrementado el número de casos en mujeres, pasando de seis mil en 1990 a 36 189 al 9 de noviembre de 2018, es decir, un 17,9 % del total de casos acumulados en el país.

La manera más común de adquirir el VIH es por medio de relaciones sexuales no protegidas (sin condón), aunque también se transmite a través de transfusiones con sangre. En México, toda la sangre que se transfunde debe tener una etiqueta que diga *sangre segura*, lo cual significa que ha sido sometida a pruebas de laboratorio para determinar que no contiene VIH ni otros virus, como, por ejemplo, todos los tipos de hepatitis (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019). Otra de las formas de transmisión del VIH es durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Es importante señalar que el VIH no es lo mismo que tener SIDA. Este último es la fase avanzada de la infección por VIH, lo cual se determina cuando, en el organismo, los linfocitos CD4 han bajado de su nivel normal (entre 800 y 1 200 por mm^3 de sangre) hasta 200/ mm^3 o menos (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019). El sistema inmunológico, que nos defiende de las enfermedades infecciosas, cuenta entre sus componentes con los glóbulos blancos o leucocitos, entre ellos los linfocitos CD4, que se ocupan de dirigir a los demás linfocitos hacia las partes del cuerpo donde se encuentre una infección. En un cuerpo sano, los linfocitos tienen la capacidad de combatir la infección. Sin embargo, el VIH destruye los linfocitos CD4, de manera que los otros linfocitos no pueden operar adecuadamente para eliminar las infecciones que afectan al organismo; cuando esto sucede, la persona puede llegar al estadio de SIDA si no recibe tratamiento.

El Sistema Nacional de Salud, conforme a los derechos humanos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, está obligado a proporcionar protección a la salud en materia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Esta norma atiende los lineamientos y directrices internacionales emitidos por ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) y la Declaración de Compromiso de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas en sesiones especiales sobre SIDA (UNGASS).

Los derechos productivos de las mujeres con VIH

De acuerdo con el artículo cuarto de la Constitución Política de nuestro país, todas las personas tienen derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos; por lo que el sistema de salud debe ofrecer la información, los servicios y los insumos necesarios para que las mujeres con VIH puedan elegir cuándo quieren embarazarse.

Las mujeres tienen derechos sexuales y derechos reproductivos, entre ellos el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre nacimientos, así como tener acceso a la información, educación y medios necesarios para poder ejercer estos derechos. La NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, garantiza el derecho de las mujeres con VIH a recibir información científica acerca de la prevención de la transmisión perinatal, lo que permite ejercer su derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

De acuerdo con la Norma Oficial de Salud NOM-005-SSA2-1993, sobre los servicios de planificación familiar, la salud reproductiva es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad durante el periodo reproductivo, así como en el ejercicio de la sexualidad. La norma también establece que la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e

informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado civil o situación legal de las personas. Las mujeres con VIH tienen los mismos derechos: decidir si quieren tener hijos o no, y cuándo.

Es importante que las mujeres con VIH sean acompañadas en sus decisiones reproductivas. Si desean embarazarse, deben contar con información sobre el embarazo seguro y los servicios médicos para la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Si la mujer no desea embarazarse, debe acceder a los métodos anticonceptivos, además del condón de su elección, con información proporcionada por su médico.

El acceso de las mujeres con VIH a la información y a los métodos anticonceptivos está garantizado también por la guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH.

La decisión de optar por un procedimiento quirúrgico o médico para no tener más hijos debe ser tomada en plena libertad y sin ninguna presión. De acuerdo con el artículo 99, párrafo quinto, del capítulo tercero, "Delitos contra los derechos reproductivos", del Código Penal Federal (mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de junio de 2012), comete el delito de esterilidad provocada quien, sin el consentimiento de una persona, practique en ella procedimientos quirúrgicos, químicos o de cualquier otra índole para hacerla estéril. Al responsable de esterilidad provocada se impondrán de 47 años de prisión y hasta 70 días de multa, así como el pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, que podrían incluir el procedimiento quirúrgico correspondiente para revertir la esterilidad.

Se tiene derecho a tener un bebé si se vive con VIH

Es obligación de todos los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas de manera voluntaria y confidencial para el cuidado de su salud, con especial énfasis en todas las mujeres embarazadas, a fin de prevenir la infección materno-infantil.

La decisión de tener un bebé es de cada mujer, con o sin VIH. La información y tratamientos adecuados permiten tener un embarazo y un

hijo o una hija sanos. Si se vive con VIH, es recomendable lograr, por medio del tratamiento antirretroviral, que la carga viral sea indetectable; cuando el embarazo es planeado y bajo atención médica prenatal, el riesgo de infección en el bebé es muy bajo y casi desaparece. Sin embargo, es recomendable que la mujer reflexione sobre qué opciones de cuidado tiene si el menor adquiere el virus o si ella no puede cuidarlo debido a que su salud no se lo permite.

En todo caso, es indispensable asegurarse de que el personal de salud siga los lineamientos señalados en la *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH*, para el manejo de las mujeres durante el embarazo.

La responsabilidad de disminuir los riesgos de transmisión del VIH durante el embarazo en presencia del VIH

Hay varias formas para reducir el riesgo de transmisión del VIH entre parejas cuando se busca el embarazo. Si la carga viral (la cantidad de virus en la sangre) se encuentra muy baja, tener relaciones sexuales con la pareja sin condón durante el periodo fértil representa un menor riesgo de transmisión del VIH. Además, si ambos toman antirretrovirales antes de tener sexo sin protección, se puede reducir considerablemente el riesgo de transmisión del VIH. Es importante hablar detalladamente con la pareja y el médico sobre estas opciones. Tener la información científica para poder tomar una decisión informada es un derecho de toda mujer.

“Si la mujer vive con VIH y el varón no, hay técnicas caseras de inseminación, pidiendo al hombre que eyacule en un recipiente y usando una jeringa estéril (sin aguja), que se consigue fácilmente en una farmacia, para insertar el semen en la vagina” (*Consejo Nacional de Población*, 2018). No obstante, es recomendable hablar con una médica o un médico experto en VIH, quienes pueden ayudar a optimizar la salud antes del embarazo. Usar condón protege de otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Responsabilidad de tomar precauciones si los dos viven con VIH

Si la pareja también vive con VIH, es recomendable el uso del condón, ya que ambos corren el riesgo de exponerse a otra cepa del VIH o a la reinfección, lo que puede aumentar la carga viral; además, están expuestos a otras infecciones de transmisión sexual si tienen sexo sin protección.

“La sexualidad placentera es un derecho, así como el decidir el uso de anticonceptivos” (*Consejo Nacional de Población*, 2018). Es importante construir parejas en las que exista la igualdad, para que se puedan tomar medidas de mutuo acuerdo que permitan estar protegidos y, al mismo tiempo, sentirse cómodos. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, sobre violencia familiar, sexual y contra las mujeres, es responsabilidad del personal de salud identificar y atender la violencia familiar.

Es importante consultar a una médica o un médico experto en VIH antes de intentar embarazarse. En la Ciudad de México, se puede acudir al Instituto Nacional de Perinatología .

Las pruebas de los últimos 20 años ya demostraban que el tratamiento del VIH es sumamente efectivo para reducir la transmisión del VIH. Actualmente, estudios válidos afirman que las personas con VIH que tienen una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante intercambio sexual.

Derecho a la protección del bebé ante el VIH

Un embarazo saludable implica asistir a las consultas prenatales, alimentarse adecuadamente, dormir bien y evitar hábitos nocivos. Fumar, consumir alcohol o utilizar drogas puede dañar seriamente el desarrollo del bebé. Por ello, es necesario acudir al personal médico para recibir información y apoyo. Tomar ácido fólico en las dosis recomendadas por el personal de salud, al menos seis meses antes del embarazo, es altamente beneficioso. El personal médico capacitado en la atención para mujeres con VIH puede informar sobre las opciones de cuidado durante el embarazo. Por ejemplo, qué esquemas antirretrovirales serían los mejores para reducir el riesgo de transmisión del VIH al bebé.

La atención prenatal con expertos en VIH es vital. Hay tres motivos principales para administrar tratamiento antirretroviral a las mujeres embarazadas:

- A. Es más probable preservar o restaurar el sistema inmunológico, de modo que se retrase la replicación del VIH en la mujer embarazada.
- B. Se puede reducir la transmisión del VIH de la madre al bebé en más del 98 % de los casos.
- C. Hay menor riesgo de desarrollar resistencia a los medicamentos antirretrovirales tanto en la mujer como en el bebé.

El tratamiento dependerá del grado de avance de la infección y si la mujer se ha sometido anteriormente a terapias antirretrovirales.

En México, existe disponibilidad de tratamiento terapéutico para todas las mujeres que lo requieran durante y después del embarazo. En México, los antirretrovirales son gratuitos para todas las personas que los necesiten, incluidas las mujeres embarazadas con VIH

Cuidados son necesarios durante el embarazo

El embarazo dura 40 semanas, que se dividen en tres trimestres. Durante el primer trimestre, se asiste cada mes a las consultas prenatales. De la semana 28 a la 36, las consultas prenatales son cada 15 días. Y de la semana 36 a la 40, las consultas prenatales son semanales. La frecuencia de las consultas médicas depende de las necesidades específicas del embarazo.

En 2018, la *Organización Mundial de la Salud* informó que bebés de madres que consumían el fármaco dolutegravir nacieron con daños en el tubo neural, ocurridos durante la gestación (*Consejo Nacional de Población*, 2018). Por ello, recomendó evitar el uso de este medicamento en mujeres en edad reproductiva que no estén bajo un método de planificación familiar efectivo, particularmente durante el primer trimestre del embarazo.

Una visión del Aborto

El aborto es un tema complejo y delicado. Según la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), cada año se realizan aproximadamente setenta y tres millones de abortos en todo el mundo. La mayoría de estos procedimientos

tos se llevan a cabo en condiciones peligrosas, especialmente en países en desarrollo, donde el 97 % de los abortos se consideran inseguros (*Fondo de Población de las Naciones Unidas*, 2020).

Es importante destacar que la OMS considera que el aborto es un procedimiento médico habitual y seguro cuando se realiza con métodos recomendados y por personal capacitado. Sin embargo, la realidad es que muchas mujeres enfrentan obstáculos para acceder a servicios de aborto seguros y confidenciales.

Consecuencias del aborto inseguro

El aborto inseguro puede tener graves consecuencias para la salud de las mujeres, incluyendo:

- Hemorragias y complicaciones asociadas con la falta de atención médica adecuada.
- Infecciones y lesiones en el aparato reproductivo causadas por la introducción de objetos inadecuados o no estériles.
- Mortalidad materna en casos graves.

Estas consecuencias subrayan la importancia de garantizar el acceso a servicios de aborto seguro y legal, respaldados por personal capacitado y un entorno médico adecuado. Además, es fundamental implementar políticas públicas que promuevan la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos, con el objetivo de prevenir embarazos no planificados y reducir la necesidad de abortos inseguros.

Importancia de la educación y acceso a servicios de salud

Para reducir el número de abortos inseguros y proteger la salud de las mujeres, es fundamental:

- Implementar educación sexual integral para prevenir embarazos no deseados.
- Garantizar acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos y accesibles.
- Ofrecer servicios de aborto seguros, confidenciales y legalmente respaldados, proporcionados por personal médico capacitado.

Es crucial abordar este tema con sensibilidad y respeto, reconociendo los derechos y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y salud. Además, es esencial promover políticas públicas que eliminen barreras económicas, geográficas y sociales, asegurando un acceso equitativo a estos servicios. La colaboración entre gobiernos, organizaciones de salud y comunidades es vital para crear un entorno donde todas las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos de manera segura y libre de discriminación.

El aborto desde la perspectiva religiosa

Es necesario abordar el tema del aborto desde la perspectiva religiosa, ya que la mayoría de las religiones consideran al aborto como un pecado. Sin embargo, algunas permiten su realización en determinadas circunstancias, tales como razones de salud o violencia (como en casos de violación). Otras religiones establecen que, después de cierto período de gestación (embarazo), no se debe practicar.

El tema del aborto desde la perspectiva religiosa es complejo y varía según la religión y la denominación. A continuación, se presenta una visión general de las posiciones de algunas de las principales religiones sobre el aborto:

- *Catolicismo*: La Iglesia Católica se opone firmemente al aborto, considerándolo un pecado grave. Enseña que la vida humana es sagrada desde el momento de la concepción hasta la muerte natural.
- *Protestantismo*: Las opiniones sobre el aborto varían entre las diferentes denominaciones protestantes. Algunas iglesias, como los luteranos y los anglicanos, permiten el aborto en ciertas circunstancias, mientras que otras, como los evangélicos, se oponen firmemente.
- *Islam*: La mayoría de las escuelas islámicas consideran que el aborto está prohibido después de ciento veinte días de embarazo, cuando se cree que el alma entra en el feto. Sin embargo, algunas permiten el aborto en casos de peligro para la madre.
- *Judaísmo*: El judaísmo tiene una visión más matizada. Algunas corrientes permiten el aborto en ciertas circunstancias, mientras que otras lo prohíben.

- *Budismo*: El budismo enseña el respeto por la vida, pero no tiene una posición única sobre el aborto. Algunas tradiciones consideran que el aborto está mal, mientras que otras lo permiten en casos específicos.
- *Hinduismo*: El hinduismo tampoco tiene una posición única. Algunas tradiciones consideran que el aborto es inmoral, mientras que otras lo permiten en ciertas circunstancias.

Es importante destacar que dentro de cada religión existe diversidad de opiniones y que las creencias individuales pueden variar. El tema del aborto en México es complejo y complicado, dado que está ligado al tema religioso de la preservación de la vida.

Despenalización del aborto

La Suprema Corte de Justicia de la Nación dictaminó que los artículos del Código Penal Federal que criminalizan el aborto son inconstitucionales. Esto significa que todas las instituciones federales de salud tienen la obligación de proporcionar servicios de aborto en todo México, lo que representa una gran victoria para los derechos humanos.

La sentencia, emitida el 8 de septiembre de 2023, confirma que la criminalización del aborto va en contra de los derechos humanos. Aunque doce de los treinta y dos estados de México ya habían despenalizado el aborto, el Código Penal Federal seguía considerándolo un delito, excepto en casos de violación o peligro para la vida de la mujer u otra persona gestante.

Esta decisión supone un enorme avance hacia la garantía de los derechos humanos en México, ya que los servicios de aborto deben estar disponibles en todos los centros de salud federales y ninguna persona puede ser criminalizada por acceder a un aborto. Sin embargo, aún existen barreras para acceder al aborto en la práctica, como la limitada disponibilidad de servicios en zonas rurales y los prejuicios en la atención médica.

Por ello, la Corte ha determinado que es válido que todas las instituciones médicas del país deban prestar los servicios necesarios para practicar el aborto, con el fin de evitar discriminación. Tanto la mujer como otras personas gestantes pueden decidir practicarlo por motivos de salud, violencia o incapacidad económica. Se garantiza al personal de salud la capacitación,

así como el equipo y las instalaciones necesarias para realizar el procedimiento de manera segura y ética.

Conclusiones

El derecho a la procreación es un derecho inclusivo y necesario dentro de la sociedad donde se desarrollan los individuos, ya sea en países desarrollados o en vías de desarrollo. Es un derecho implícito en el quehacer cotidiano de las personas. No solo se limita al derecho a ser concebido, sino que también es necesario contar con leyes que garanticen el nacimiento y el desarrollo de los niños. Esto incluye el acceso a servicios médicos, así como a servicios públicos como agua potable, saneamiento, alimentación, vivienda, educación y un ambiente familiar y social saludable.

Es necesario que las personas identifiquen que los servicios de salud en relación con el derecho a la salud reproductiva incluyen consejería, orientación y apoyo para la mujer y la familia. Una asesoría adecuada debe garantizar el cuidado de la alimentación de la madre y del bebé. Es fundamental que los servicios de salud realicen pruebas prenatales y ultrasonidos para monitorear el desarrollo y la salud del bebé. En este contexto, tanto la mujer como el niño tienen el derecho a contar con pruebas y tratamientos para prevenir enfermedades como la sífilis congénita. Además, deben implementarse programas adecuados para prevenir la transmisión del VIH en bebés durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Es importante que la mujer, durante el embarazo, el parto y el desarrollo del bebé, dialogue con el personal de salud tratante para determinar el tipo de parto más adecuado. En su caso, puede programarse una cesárea. El personal de salud no puede ejercer presión sobre las mujeres condicionando el tratamiento antirretroviral (TARV) o la cesárea a cambio de aceptar la esterilización ni ninguna otra opción. Para todas las intervenciones de salud, es necesario contar con información y decidir sin presión qué es lo que se va a elegir.

Se debe implementar un programa de concientización por parte del sector salud en México, en el que se explique y analice que el VIH puede transmitirse durante la lactancia materna. Por ello, se recomienda evitarla por completo o, en el caso de que no se pueda garantizar el acceso a fór-

mula para los primeros seis meses o a agua potable, amamantar cuando la mujer está tomando el TARV. La Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH indica que las instituciones públicas de salud deben garantizar la provisión de fórmula láctea desde el posparto inmediato y, al menos, durante los primeros seis meses de vida.

Es necesario establecer que, en todos los casos, el bebé recibirá tratamiento para el VIH durante las primeras seis semanas de vida. Esto no significa que tenga VIH. Se realizarán varias pruebas para determinar si el bebé ha contraído el VIH, pero con los cuidados apropiados antes y después del embarazo, es muy poco probable que esto ocurra. Se recomienda dar seguimiento durante los primeros tres años para descartar que el bebé viva con VIH durante ese tiempo. Es importante recordar que, si se tomaron los cuidados necesarios, lo más probable es que el bebé esté sano.

Es fundamental la aplicación exacta del artículo cuarto constitucional, ya que es de gran importancia para el tema que nos ocupa. A continuación, se transcriben los párrafos más relevantes relacionados con esta cuestión:

Artículo Cuarto:

- El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.
- En su párrafo cuarto menciona: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.
- En el párrafo noveno se señala: En todas las decisiones y actuaciones del Estado, se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Pueden existir acciones u omisiones que transgredan el derecho a la protección de la salud. En esos casos, es necesario adoptar los criterios legales del *Manual para la Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos*, editado en 2008 por la *Comisión Nacional de Derechos Humanos*.

Dentro del derecho a la procreación, es importante realizar una reflexión analítica y crítica sobre otro tema que emerge de este derecho: el aborto. Este es un hecho complejo y delicado. Desde el punto de vista

médico, es un procedimiento que debe realizarse mediante métodos recomendados y por personal capacitado. Para un sector de la población, este procedimiento es incorrecto porque atenta contra la vida y, principalmente, contra las creencias religiosas. Sin embargo, también puede ser necesario practicarlo por problemas de salud de la mujer, como embarazos ectópicos (fuera de la matriz) o en casos de violación.

Por ello, en nuestro país, la *Suprema Corte de Justicia de la Nación* (SCJN) declaró inconstitucionales los artículos del *Código Penal Federal* que criminalizan el aborto, ya que consideró que no se pueden violar los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Sancionar a quienes practican abortos es discriminatorio. Es necesario respetar la decisión de las mujeres y las parejas sobre si desean procrear o, en su caso, interrumpir el embarazo. Es legal interrumpirlo por razones de salud, en casos de violación, por problemas de salud o incluso si no se cuenta con la capacidad financiera o responsabilidad económica para asumir la gestación.

También es importante señalar que quien realice un procedimiento de aborto en una mujer debe ser personal médico capacitado en todas las técnicas y procedimientos quirúrgicos necesarios, así como contar con el equipo y las instalaciones médicas adecuadas para llevar a cabo el procedimiento. Se debe garantizar la libertad del ejercicio profesional de los médicos para realizar dicha actividad.

Referencias

- Almaguer González, JA. García Ramírez, HJ y Vargas Vite, V. (2010) La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. Secretaria de Salud. *Rev. Género y salud en cifras*. 8(3). 4-20.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2018) The Public Health System & the 10 Essential Public Health Services. USA. <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservice s.html>.
- Chaves, S. et al (2015) Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Revista Panamericana de Salud*

Pública, 37(4/5): 203-210.

- Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (2019). Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas. México: Secretaría de Salud.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2014). Informe especial. Situación de los derechos humanos de las poblaciones callejeras en el Distrito Federal 2012-2013. México.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. Derechos humanos. www.cndh.org.mx
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). Informe. Personas privadas de libertad. <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=30087#lida30232>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). Diagnóstico sobre las condiciones de vida, el ejercicio de los derechos humanos y las políticas públicas disponibles para mujeres que constituyen la población callejera. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Diagnostico-DH-Mujeres-Poblacion-Callejera.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: CESCR. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (2013) Consenso de Montevideo. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf>
- Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. CEPAL. Informe del tercer diálogo virtual 2020. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/informe_dialogo_virtual_ssy.pdf
- Connell, R.W. (1995) *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Consejo Nacional de Población (2018) Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización sociodemográfica de las menores y de los padres de sus hijos(as), a partir de las estadísticas del registro de nacimiento, 1990-2016. México: CONAPO.

- Consejo Nacional de Población. (2017). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana. 115. México: CONAPO. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Deller B. et. al. (2015) Task shifting in maternal and newborn health care: Key components from policy to implementation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 130. S25-S31.
- Devakumar Delan, Jennifer Hall, Zeshan Qureshi y Joy Lawn. (2019) *Oxford Textbook of Global Health of Women, Newborn, Children and Adolescents*. United States of America: Oxford University Press.
- Diario Oficial de la Federación. (2020). Decreto por el que se reforma y adiciona el Artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. Background document for the Nairobi summit on ICPD25 – Accelerating the promise. New York: United Nations Population Fund.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Informe Técnico COVID-19: Un Enfoque de Género Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resourcepdf/COVID19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf 23. Gamba SB (2007) *Diccionario de estudios de Género y Feminismos*. Buenos Aires: Editorial Biblos

Capítulo 7

Derechos, obligaciones y responsabilidad penal derivados de la maternidad en Sinaloa, México

Rights, obligations and criminal liability derived from maternity in Sinaloa, México

*Teresita Lugo Castro*²⁶

*Leonel Alfredo Valenzuela Gastélum*²⁷

*Octavio Martínez Cázares*²⁸

<https://doi.org/10.61728/AE24002868>



²⁶ Profesora Investigadora de Tiempo Completo, adscrita a la Facultad de Derecho y Ciencia Política, URN, de la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** teresitalugo@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0006-2581-9516>.

²⁷ Profesor Investigador de Tiempo Completo, adscrito a la Facultad de Derecho y Ciencia Política, URN de la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** leonel.valenzuela@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6885-4866>.

²⁸ Profesor Investigador de Tiempo Completo, adscrito a la Facultad de Derecho y Ciencia Política, URN, de la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** octavio2833@gmail.com. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-8128-3070>.

Resumen

En México, es un derecho constitucional que toda persona, conforme a su libre albedrío, decida el número y espaciamento de hijos que desee procrear; sin embargo, este derecho, en caso de ejercerlo, lleva implícita la obligación alimentaria hacia los descendientes. El presente artículo de investigación de tipo sociojurídico tiene como objetivo analizar, mediante la utilización del método documental descriptivo, los derechos y obligaciones derivados de la maternidad responsable, así como la salvaguarda de los derechos humanos, que deben coincidir con las políticas públicas transversales del Estado que protegen a las mujeres, tanto durante el embarazo, el puerperio, y las etapas subsecuentes que se generen tras el nacimiento viable del producto, tales como acceso a la salud, atención materno-infantil, y, en caso de que la madre ejerza alguna profesión u oficio, el respeto a sus derechos laborales.

Es importante que las autoridades sanitarias, educativas y del trabajo, principalmente, dentro del marco legal vigente, estén en condiciones de garantizar el bienestar de quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad, como mujeres que hayan sido víctimas de violencia obstétrica, negligencias médicas o iatrogenias que puedan generar consecuencias jurídicas, es decir, sanciones para personas, tanto físicas como morales, a quienes se les compruebe que su acción u omisión se tipifica como delito.

En aras de lograr que las mujeres disfruten esta etapa, al dar vida a un ser humano y formarlo con valores morales necesarios para que sean personas que coadyuven al beneficio social, es fundamental implementar políticas públicas integrales que promuevan la igualdad de género, el empoderamiento económico y el respeto a los derechos humanos.

Introducción

A lo largo de la historia, se han realizado esfuerzos por parte de las autoridades competentes para establecer y defender el reconocimiento de los derechos inalienables de las personas, mismos que tienen sus raíces en la racionalidad humana, percibidos como intrínsecamente justos, universalmente aplicables, inherentes a cada persona e intransferibles.

En México, estos derechos fundamentales están consagrados en diversos textos legales, han sido incluidos en el marco jurídico estatal y nacional, no solo en respuesta a las necesidades de la sociedad, sino también bajo la influencia de las inclinaciones ideológicas de los miembros del poder legislativo, principalmente. Aunque este conjunto normativo no siempre satisfaga plenamente las expectativas de todos los ciudadanos, su objetivo es proteger a las personas en situaciones vulnerables. Respecto a la organización individual y colectiva de las personas, el Estado debe garantizar la prevención y/o represión de acciones que transgredan intereses legítimos o pongan en riesgo el goce pleno de estos derechos, a fin de eliminar cualquier forma de discriminación.

Es lamentable la discriminación en contra de las personas, ya sea por su género, alguna discapacidad física, auditiva, mental, su edad, orientación o preferencia sexual, color de piel, condición económica o social, así como indígenas, migrantes o mujeres en estado de gestación, entre otros, que puedan ser víctimas de algún tipo de violencia. El Estado ha considerado necesario crear leyes destinadas a proteger los derechos tanto naturales como positivos, indispensables para que el ser humano tenga una calidad de vida digna. Además, ha establecido instituciones para prevenir, sancionar y erradicar estas conductas, garantizando la protección y el respeto a los derechos humanos de todos los individuos.

En relación con las mujeres, su papel en la sociedad es indiscutible. Han llevado a cabo una lucha intensa para superar la subordinación y participar en espacios que les permitan generar recursos económicos mediante su incursión en ámbitos como el político, laboral, educativo, legislativo y judicial, entre otros. Sin embargo, su participación en actividades más allá de las tareas domésticas tradicionales del hogar mexicano con frecuencia afecta su dignidad. Esto puede ser impulsado por la prevalencia de una cultura patriarcal que aún persiste en las relaciones sociales, evidencian-

do un trato desigual e injusto entre hombres y mujeres. Esta situación ha hecho necesaria la creación de normativas legales que reconozcan sus capacidades y derechos. Dentro de este marco regulatorio, existen varios instrumentos internacionales en la esfera de los derechos humanos que establecen el alcance de su aplicabilidad, desde el nivel federal, estatal o municipal, y que están diseñados para garantizar la igualdad legal entre personas, independientemente de su género, en diversos aspectos legales. Estas normativas buscan asegurar que las mujeres tengan acceso a las mismas oportunidades y derechos que los hombres, fomentando así una sociedad más justa e inclusiva.

Por cuestiones propias de la naturaleza, algunas mujeres tienen la oportunidad biológica de procrear y vivir la experiencia de la maternidad. Este estado se refiere a la vivencia de ser madre y conlleva diversas implicaciones morales y legales en torno a la crianza y el cuidado de los hijos, abarcando aspectos físicos, emocionales y sociales. La maternidad incluye desde la concepción, embarazo, parto y postparto, hasta la educación y el apoyo a los hijos a lo largo de sus vidas. Se trata de una experiencia multifacética que puede variar significativamente de una persona a otra, influida por factores culturales, económicos, personales y sociales.

En la firme convicción de lograr una convivencia humana lo más gregaria posible, es imprescindible contar con la presencia de normas jurídicas, es decir, imperativos que confieran derechos pero que a la vez impongan obligaciones. En lo que respecta a la maternidad, está incluido en el contexto regulatorio existente el deber jurídico de la mujer para comportarse de manera responsable y ser consciente del conjunto de responsabilidades asociadas con engendrar un hijo: tener la edad adecuada, madurez emocional y espiritual, conciencia de los cambios que afectan a su propio cuerpo, entorno familiar, profesional y social, el cuidado que tiene con respecto a su salud física y emocional antes, durante y posterior al parto, y su propia vida, dado que sufrirá cambios notables en los diferentes espacios, actividades y funciones que desarrolla en cada una de las etapas.

Es indudable el desafío de ser madre. Es viable reconocer el papel del padre en este proceso. Idealmente, debe cumplir con ciertas características y condiciones para colaborar afectivamente con la madre, tanto en la reproducción como en el cuidado de su salud durante la maternidad. Crear

un entorno positivo y protector es necesario para fomentar el bienestar de ambos, asegurando el desarrollo saludable del recién nacido.

La corresponsabilidad en la crianza no solo fortalece el vínculo familiar, también contribuye de manera significativa al bienestar emocional y físico de la madre y el recién nacido. La implicación activa del padre, al compartir tareas y responsabilidades, crea un entorno de apoyo mutuo que permite que ambos padres enfrenten de forma más equilibrada los retos de la maternidad y la paternidad. Este acompañamiento no solo aligera la carga física y mental de la madre, sino que también promueve una relación afectiva temprana entre el padre y el bebé, lo cual es fundamental para el desarrollo saludable del niño y el fortalecimiento de la estructura familiar en general.

Es importante valorar que, en muchas ocasiones, el éxito de todos los aspectos que implica la maternidad no depende directamente de la mujer gestante, sino también de terceros involucrados, como los profesionales de la salud a los que idealmente debería acudir, para efecto de disminuir cualquier riesgo que altere el proceso. Las conductas contrarias a las disposiciones éticas y legales en las que pueden incurrir pueden ser sancionadas acorde a la vulneración que se compruebe, así como también a la deficiencia en los servicios tanto públicos como privados, de infraestructura, el uso indebido e inapropiado de materiales necesarios, principalmente.

Marco Teórico

Contexto Sociojurídico de la Maternidad

Durante años, las mujeres han luchado por que se reconozcan sus capacidades. Han logrado acceder a la educación superior, obtener títulos de licenciatura e incluso posgrados, desempeñar trabajos remunerados legalmente y postularse para cargos de elección popular. No obstante, esta situación puede limitar su capacidad para ejercer la maternidad debido a una serie de responsabilidades implícitas, como el cuidado de los hijos y la realización de tareas domésticas. El contexto histórico y social en el que se encuentra la madre es determinante para las características que asume

desde ese rol, por lo que el ingreso de la mujer en el mercado laboral implicó transformaciones en las actividades y actitudes que estas tenían, incidiendo ello en los aspectos relacionados con la maternidad (Castilla, 2008, p. 19).

Es indiscutible que la familia tradicional integrada por padre y madre unidos en matrimonio o en concubinato, con la finalidad de procrear hijos, ya no se visualiza como referente para ejercer la maternidad. Las mujeres están en libertad de decidir si ejercen la maternidad sin vínculo matrimonial, con independencia del acompañamiento de su pareja sentimental. La maternidad es un conjunto de fenómenos de gran complejidad que no podría ser abarcado por una única disciplina: la reproducción de los cuerpos es un hecho biológico que se localiza, efectivamente, en el cuerpo de la mujer, pero, en tanto que se trata de la generación de un nuevo ser humano, no es puramente biológico, sino que integra otras dimensiones (Tubert, 1996, p. 7).

La gestación comprende una serie de situaciones extremadamente complicadas, las cuales no deben ser estudiadas ni diagnosticadas por una sola ciencia o disciplina. Es pertinente que aúnen sus conocimientos varias de ellas; quizás el embarazo afecte el sistema endocrino en algunas mujeres, mientras que en otras les resulten alteraciones psicológicas o padecimientos médicos derivados de enfermedades crónicas que ya padecían o que se detonaron con la concepción. También existen casos en los que las mujeres disfrutaban plenamente su embarazo sin experimentar molestias.

Aunado a las consideraciones biológicas, criminológicas, sociológicas y psicológicas que puede enfrentar la mujer embarazada, se debe observar también la parte jurídica. Los derechos y obligaciones que se derivan del ejercicio de la maternidad son de diversa índole. Las normas jurídicas priorizan el interés superior de la infancia, así como la protección del acceso a la salud desde el momento de la concepción, la atención del parto y, en general, todo lo que involucra la atención materno-infantil. Es a partir del siglo dieciocho que a la maternidad se incorporaron nuevos deberes que iban más allá del hecho biológico, puesto que, al magnificar la función de las madres en el cuidado y la formación intelectual de los hijos, se le atribuyó cierto poder a la posibilidad de desarrollar su naturaleza femenina siendo buenas madres (Martínez & Bonilla, 2000, p. 127).

El instinto maternal abarca una serie de conductas y respuestas emocionales típicas de las madres hacia sus hijos. Las mujeres pueden experimentarlo de manera variada debido a múltiples factores. A pesar de esto, deben cumplir con las responsabilidades propias de la maternidad, aunque es importante considerar que la salud física y mental de la madre puede resultar afectada, impidiéndole cumplir plenamente con su papel según los valores morales y legales previamente establecidos. Por ello, la atención a la madre debe ser integral. El verbo deber indica una obligación, por lo que el deber jurídico es la restricción de la libertad exterior de una persona, derivada de la facultad concedida a otra u otras, de exigir de la primera una cierta conducta positiva o negativa (García, 2008, p. 152).

El marco jurídico en nuestro país establece un conjunto de derechos fundamentales que garantizan la protección de todas las personas, especialmente aquellas en situaciones de vulnerabilidad. Estos derechos no solo definen libertades y protecciones, sino que también implican obligaciones específicas para el Estado y la sociedad. Cada derecho conlleva una responsabilidad que exige del Estado no solo reconocimiento, sino también acciones concretas para su cumplimiento efectivo. Para asegurar que dichos derechos se respeten y se cumplan, el Estado implementa estrategias coercitivas que faciliten su aplicación y vigilancia, recurriendo a mecanismos normativos y políticas públicas orientadas a prevenir su transgresión y a remediar posibles violaciones. De este modo, el sistema jurídico no solo actúa como un instrumento de protección, sino también como un medio para regular la convivencia social y fomentar la justicia, promoviendo una sociedad más inclusiva y equitativa.

Las obligaciones alimentarias plasmadas en nuestra *Constitución Política* pueden hacerse exigibles, si no hay voluntad por parte de quienes sean los sujetos obligados establecidos por ley, mediante el ejercicio del derecho de acción, al iniciar un proceso familiar por pensión alimenticia, custodia compartida, pérdida de la patria potestad, entre otras. Asimismo, también es procedente ejercer acción penal por la presunta comisión de un hecho considerado por la norma jurídico-penal como delito, tales como incumplimiento de obligaciones de asistencia familiar, violencia familiar, entre otros tipos penales. El hijo reconocido por el padre o la madre, o por sentencia judicial, en su caso, tiene derecho: a llevar el primer apellido

paterno o materno, a ser alimentado por sus progenitores y demás parientes obligados, a percibir la porción hereditaria que le corresponda y a las demás funciones protectoras y normativas derivadas del vínculo (Código Familiar del Estado de Sinaloa, 2023, p. 70).

En este contexto, la maternidad implica tanto derechos como responsabilidades. Es vista como un derecho, porque las leyes otorgan a la madre la facultad de decidir si quiere tener hijos, cuándo tenerlos y con qué frecuencia. Esta atribución legal es un derecho inalienable, intransferible y personalísimo que permite a la mujer decidir sobre su cuerpo en cuanto a la procreación. Este proceso, tradicionalmente resultado de una relación sexual entre hombre y mujer, ahora también incluye métodos alternativos de concepción como la fertilización in vitro (FIV), la inseminación artificial, la ICSI, el diagnóstico genético preimplantacional (DGP), la recepción de ovocitos, la preservación de fertilidad de la mujer y la transferencia intrauterina de gametos (TUG), entre otros. Las mujeres, por cuestión de género, forman parte de los grupos en situación de vulnerabilidad, y las embarazadas son más propensas a ser discriminadas, por lo que:

Se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud física o mental, jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo (Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación, 2024, p. 1).

Relaciones Sociales y Derechos Humanos en México

Las relaciones sociales son complicadas por naturaleza. La nación mexi-

cana tiene una composición pluricultural, característica esencial que enriquece la identidad nacional y contribuye a la diversidad global. Reconocer y valorar esta pluriculturalidad es fundamental para la construcción de una sociedad más justa e inclusiva, donde se respeten y protejan las distintas culturas que conviven en el país. Sorprende la facilidad con que muchos compatriotas, e incluso las mismas autoridades, discriminan a las personas. Es por ello que la función del derecho es regular las conductas de los individuos que viven en sociedad mediante la aplicación y observancia de las normas jurídicas (Ayala y García, 2019, p. 10).

En los últimos tiempos, los derechos humanos han ganado una considerable relevancia jurídica debido a su inclusión en diversos instrumentos internacionales. Además, han sido firmemente incorporados en nuestra Constitución Federal mediante la modificación del capítulo primero, que ahora incluye disposiciones específicas sobre la protección de los derechos humanos en casos de infracción. Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes que goza toda persona. Se encuentran reconocidos en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y en los tratados internacionales de los que el Estado es parte (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, p. 5). El concepto de derechos humanos está reconocido universalmente; son inherentes a cada individuo sin excepción. Son indivisibles, su reconocimiento debe seguir siendo exhaustivo, están sujetos al desarrollo social y facilitan avances en términos de protección, contenido y eficacia.

En atención a los derechos de los grupos en situación de vulnerabilidad, y en cumplimiento del mandato constitucional de igualdad legal entre hombres y mujeres, es necesario tratar a las mujeres con equidad cuando así se amerite. Por ello, existe un conjunto normativo regulatorio de dichas conductas, así como instituciones encargadas de prevenir, atender y erradicar la violencia contra las mujeres, situación que motivó al Estado mexicano a reconocer derechos específicos para ellas, considerando cuestiones propias de su naturaleza biológica y condiciones culturales de desigualdad respecto a los hombres. Estos derechos están contemplados principalmente en el ámbito nacional en la *Constitución Política* y en la *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Afortunadamente, también se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales

como la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* (1995), la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*, la *Convención sobre los Derechos del Niño*, la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará)* y otros tratados internacionales en la materia.

Derechos Reproductivos de las Mujeres

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2024, p. 10). En este contexto, la mujer posee la autoridad legal para tomar decisiones fundamentales sobre la concepción, el momento y la frecuencia de tener hijos. Este derecho es inherente y exclusivo de la mujer, quien decide sobre cuestiones reproductivas, reconociendo la procreación como el resultado de relaciones íntimas entre individuos. Esto es válido incluso ante la presencia de métodos alternativos de concepción, como la fertilización in vitro (FIV), la inseminación artificial y el diagnóstico genético preimplantacional (DGP), entre otros.

Es imperativo atender y reconocer los derechos humanos de las mujeres en relación con la maternidad. El trato brindado durante el embarazo debe ser respetuoso e incondicional respecto a su autonomía reproductiva. Es indispensable que el Estado proporcione la atención médica, quirúrgica y psicológica imprescindible para asegurar el cuidado necesario y el buen resultado del embarazo. Específicamente, debe tenerse presente que:

Los derechos humanos de las mujeres son el conjunto de prerrogativas que tienen como principios fundamentales la igualdad y la dignidad humana, necesarias para el desarrollo integral de todas las mujeres sin distinción de nacionalidad, lugar de residencia, origen étnico, color, religión, lengua, edad, partido político o condición social, cultural o económica, los cuales se encuentran reconocidos en el orden jurídico nacional. Entre los principales derechos humanos de las mujeres que se encuentran regulados en nuestro orden jurídico nacional, están la dignidad e igualdad, ciudadanía, educación,

salud, participación política, información, trabajo, no discriminación, sexuales y reproductivos, acceso a una vida libre de violencia y acceso a la justicia (Secretaría General, 2017, p. 41).

Los derechos humanos de las mujeres no son superiores ni inferiores a los de los hombres, niños, niñas o adultos mayores. Sin embargo, en el caso de la maternidad, debe darse prioridad a su regulación legal y observancia práctica. No solo atañe a los derechos de la mujer embarazada, sino también al producto de la gestación, así como al padre biológico, dependiendo del tipo o método de procreación utilizado. El acceso a la salud es un derecho humano. El Estado debe proveer políticas integrales de prevención y atención a diversos problemas de salud que afectan a las personas, tanto en el sector público como en el privado, creando las condiciones necesarias para que las mujeres reciban la atención indispensable.

En México, los derechos de las madres trabajadoras se encuentran regulados por diversas leyes, destacándose la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, las *Leyes de Seguridad Social* y la *Ley Federal del Trabajo*. En estas se establece cierta protección para la mujer embarazada, conocida como licencia por maternidad, para disminuir riesgos obstétricos que pueden estar asociados con el trabajo. Por ello, se otorga un periodo de descanso obligatorio, con la finalidad de que las madres puedan cuidarse, prepararse para el parto y atender al recién nacido (Zamora, Escudero Rodrigo et al., 2013, p. 54).

Es de lógica elemental cumplir cabalmente con el derecho de acceso a la salud para todos los seres humanos, especialmente para una mujer en proceso de procreación. Gozar de un nivel óptimo de bienestar físico, mental y social implica comprender la importancia de brindar atención privilegiada a una mujer embarazada. Es básico que la futura madre tenga acceso inmediato, libre, completo y hasta gratuito a atención médica especializada. Esto garantizaría un ambiente de calidad durante las diferentes etapas del embarazo, parto y postparto. El Estado mexicano debe poner énfasis en la llegada de un nuevo ser humano, un futuro ciudadano que, con buena salud, podrá desarrollar sus capacidades y destrezas, contribuyendo a las actividades productivas en favor de la sociedad.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos

los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, así como la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia (*Organización de las Naciones Unidas, 2014, p. 64*)

Las expectativas sociales tradicionalmente limitaban a las mujeres al rol de ama de casa y a la formación de familias numerosas ya no reflejan los deseos actuales. Muchas optan por tener uno o dos hijos y seguir una carrera profesional. Sin embargo, el trabajo de las madres, en comparación con el de los hombres, suele ser más demandante, especialmente cuando no existen acuerdos claros dentro del núcleo familiar para distribuir las responsabilidades entre todos sus miembros, lo que a menudo recarga a la madre trabajadora.

Mujeres en situación de vulnerabilidad

La dignidad humana es un valor, principio y derecho fundamental, fundamento y condición de todos los demás. Implica la comprensión de la persona como titular y sujeto de derechos, y a no ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o de los particulares (*Ley General de Víctimas, 2024, p. 3*).

La dignidad humana es un derecho fundamental, particularmente en el respeto hacia la mujer. Independientemente de si el embarazo fue planificado, es esencial reconocer y respetar el estado de gestación. Se debe proporcionar un entorno saludable, positivo y armonioso, con atención prioritaria a la madre. Es crucial tratarla con respeto y valorar su rol en la generación de una nueva vida, ya que el producto de la gestación, desde el momento de su concepción y dentro del líquido amniótico, tiene derechos fundamentales. Estos incluyen el derecho a la vida, la dignidad, la integridad física y psicológica, la identidad y el derecho a formar parte de una familia, todos ellos garantizados y protegidos por diversas leyes vigentes.

Es prioritario adoptar un trato protector y evitar cualquier actitud que pueda afectar su dignidad durante este proceso de gestación. Cualquier falta de respeto hacia su condición y circunstancia podría perjudicar su salud emocional, la conexión física y emocional que existe entre madre e

hijo, y generar potencialmente consecuencias negativas para el desarrollo del feto.

A pesar de estas obligaciones, son frecuentes las vulneraciones de los derechos a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Se producen en distintas formas, como no ofrecer servicios que solo necesitan las mujeres, proporcionar servicios de mala calidad, condicionar el acceso a la autorización de terceros o llevar a cabo intervenciones sin el consentimiento de la mujer, como la esterilización forzada, reconocimientos forzados para constatar la virginidad y abortos forzados. Los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres también están en riesgo cuando se les impone la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz (Organización de las Naciones Unidas, 2014, p. 54).

La salud brinda la capacidad y las condiciones necesarias para llevar a cabo actividades en beneficio personal, familiar y colectivo. En el contexto de la maternidad, es crucial reconocer que diversos factores internos y externos pueden influir en el desarrollo saludable del proceso de procreación. Tanto la pareja gestante como el Estado y sus instituciones, así como el entorno inmediato de la mujer embarazada, deben garantizar todas las condiciones y circunstancias que puedan impactar negativamente el desarrollo integral de este proceso.

La convivencia social está regida por diversos tipos de normas, cada una con su propio fundamento y aplicación. Las normas morales son aquellas que las personas se imponen a sí mismas según lo que consideran correcto o incorrecto, basadas en sus valores personales. Las normas de cortesía y decoro surgen de las expectativas de un grupo colectivo, mientras que las normas religiosas se fundamentan en la creencia en lo divino. Por otro lado, las normas jurídicas, impuestas por el Estado, tienen carácter obligatorio y coercitivo dentro del sistema de justicia del país. Este conjunto normativo, en sus distintas formas, busca inhibir comportamientos que puedan dañar el bien común. Sin embargo, a pesar de esta regulación, es común observar incumplimientos. En ese sentido,

Una de las formas de violencia que se da sobre las mujeres, por su condición genérica y en su doble condición como madres y como

mujeres, específicamente, es la violencia obstétrica, es decir aquella que se da debido a la gestación, el parto y puerperio por parte del personal de salud y personal relacionado con la atención prehospitalaria, hospitalaria y ambulatoria. Dicho tipo de violencia se presenta de diferentes formas y grados, esto es, de manera sutil, con atenciones rápidas y deshumanizadas, naturalizadas en el contexto de la atención médica y de enfermería, la negativa o prohibición del acompañante en la atención, reconveniones y expresiones negativas respecto al actuar de la embarazada o recién parida hasta maltratos físicos y psicológicos tales como acciones que infrinjan más dolor a la madre, acusaciones, burlas o descalificación por los sentimientos experimentados en las diferentes fases del embarazo, parto y puerperio (Mazuela, 2021, p. 5).

Es alarmante el trato insensible y deshumanizado que algunos profesionales del sistema de salud, incluyendo médicos, enfermeras y auxiliares, manifiestan hacia los pacientes. La intolerancia, el insuficiente tiempo asignado por consulta y los comentarios sarcásticos que incomodan a las mujeres son inaceptables. La revisión ginecológica puede resultar especialmente incómoda, por lo que es esencial proporcionar una atención cálida y respetuosa.

Es fundamental evaluar la pertinencia de las políticas de salud pública relacionadas con la vida sexual y reproductiva. La violencia obstétrica no debe ocurrir en ningún procedimiento médico. Todo el personal de salud debe recibir tanto capacitación técnica y sensibilización para mejorar la calidad de la atención médica desde una perspectiva de género. Esto permitirá que las mujeres, durante el embarazo, el parto y el puerperio; reciban una atención digna y respetuosa, garantizando así su derecho a un trato adecuado y justo.

Métodos y técnicas de investigación

El presente trabajo académico se enfoca en el análisis sociojurídico de los derechos y obligaciones relacionados con la maternidad en Sinaloa, México. Esta investigación explora la intersección entre la sociología y el derecho, evaluando cómo los instrumentos jurídicos influyen en las realidades sociales, y viceversa.

Para abordar el tema, se emplea un enfoque metodológico de tipo documental-descriptivo. Este método permite examinar y comprender las leyes, normativas y sus implicaciones prácticas en la vida de las mujeres. El estudio se estructura a partir de una revisión exhaustiva de fuentes documentales, que incluye leyes, reglamentos, así como estudios previos. A través de este enfoque, se busca establecer una interpretación clara y objetiva de los temas abordados.

La investigación se organiza en un marco lógico que facilita la comprensión de los conceptos y su relación con las realidades sociales. Se realiza un análisis detallado para ofrecer una posición científica y fundamentada sobre los temas investigados. Este proceso busca no solo describir la situación actual, sino también fomentar una reflexión crítica que pueda llevar al diseño de estrategias e iniciativas viables para mejorar el reconocimiento y la protección de los derechos humanos. Este enfoque integral busca facilitar un entendimiento más profundo de cómo las leyes afectan la vida cotidiana de las mujeres y propone mejoras que puedan contribuir a una mayor igualdad y bienestar en el contexto de la maternidad

Resultados y discusión

Protección jurídica y Derechos Humanos en el proceso de maternidad

Es imprescindible implementar una política pública integral que garantice la protección jurídica y el respeto a los derechos humanos durante todo el proceso de maternidad. Deben cubrirse todos los aspectos necesarios para asegurar que las mujeres que planean convertirse en madres, así como aquellas que ya están embarazadas, tengan acceso pleno y adecuado a los servicios de salud materno infantil. A través de medidas que promuevan la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, así como el seguimiento continuo durante el embarazo, el parto y el posparto, se puede lograr una atención integral. Además, debe ofrecer apoyo en áreas como la educación sobre la salud reproductiva, la planificación familiar, la asistencia psicológica e incluya todo lo relacionado con la salud materna:

Por salud materna se entiende la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Cada etapa debería ser una experiencia positiva que asegurara el pleno potencial de salud y bienestar de las mujeres y sus bebés. Cada embarazo y cada parto son únicos. Para asegurar que todas las mujeres puedan acceder a una atención de salud materna respetuosa y de alta calidad es fundamental superar las desigualdades que influyen en los resultados de salud, en particular en los concernientes a la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, así como a las cuestiones de género (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Es importante reconocer los esfuerzos que los organismos internacionales llevan a cabo para evitar la vulneración de los derechos humanos de las mujeres, especialmente en lo que respecta a mejorar el sistema de salud, con el propósito de garantizar las condiciones médicas necesarias para todo lo relacionado con el proceso de la maternidad. Asimismo, en lo referente a sus derechos laborales, entre otros aspectos, los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar

- a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil;
- b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales;
- c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños;
- d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella (La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1981, p. 7).

El cumplimiento de las normas jurídicas vigentes, diseñadas para proteger a las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, es fundamental para garantizar el respeto de los derechos humanos esenciales. La omisión de estas obligaciones no solo compromete la dignidad de la mujer y del producto de la gestación, sino que también impacta negativamente en su entorno inmediato. Esto incluye a la pareja, si la hay, y a la familia, lo cual puede llevar a una disminución en la salud física y emocional de todos los involucrados y crear condiciones desfavorables para el desarrollo integral del recién nacido.

Respetar la dignidad de las mujeres en el ámbito de la maternidad representa tanto un deber moral como una obligación jurídica. Este respeto implica reconocer y valorar con empatía la importante función social que desempeñan las mujeres en su rol de madres, así como en su contribución al bienestar de la sociedad. Es esencial que este trato sea inclusivo y comprensivo, asegurando el respeto a sus derechos y promoviendo condiciones que faciliten una experiencia de maternidad digna, segura y respetuosa, lo cual impacta positivamente no solo en la vida de las mujeres, sino también en la cohesión y desarrollo social.

Es importante considerar que, dentro de las políticas públicas tanto internacionales como nacionales, se busca priorizar el interés superior de la niñez. Por lo tanto, se determina que la etapa infantil o adolescente no es la edad más idónea para convertirse en madre, a pesar de que biológicamente pueda ser posible. Debe trabajarse en verdaderas estrategias de promoción de la salud sexual y prevención de embarazos, dejando de lado los tabúes o prejuicios familiares. En caso de que no sea posible evitar embarazos a edad temprana, se deben valorar las mejores condiciones en las que vivirá la joven. En ese sentido,

La UNICEF se compromete a acelerar los progresos en materia de supervivencia infantil y de salud mediante una labor intersectorial que aborde los riesgos que confrontan los niños a lo largo de sus vidas, haciendo hincapié en los más desfavorecidos. Trabajando con adolescentes que están embarazadas o que han dado a luz, por ejemplo, nuestro objetivo es reducir el embarazo temprano y los riesgos asociados para los bebés y las jóvenes madres. También apoyamos las intervenciones de alto impacto para acabar con las

muertes maternas y de recién nacidos, y los casos de mortinatos, a nivel nacional (El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015, p. 21).

En México se rige por un Estado de Derecho, el cual constituye el andamiaje jurídico que se sustenta en una norma suprema. La sociedad y el gobierno deben unificarse para garantizar la vigencia de la norma; cuando este binomio se rompe, el Estado de Derecho se desquebraja y, con él, el propio Estado (Universidad Nacional Autónoma de México, 2018, p. 242). El respeto absoluto al marco normativo de un Estado o país es una obligación para todos los ciudadanos, incluyendo hombres, mujeres, adolescentes y las autoridades de todos los niveles y jerarquías.

El ejercicio del poder por parte de las autoridades debe adherirse a las normas establecidas, ya que su correcta aplicación es crucial para el funcionamiento de un Estado de Derecho. En el ámbito de los derechos y obligaciones relacionados con la maternidad, es esencial cumplir con todos los reglamentos, decretos y leyes pertinentes que regulen el inicio, cuidado y protección del embarazo.

Fomentar la colaboración entre las instituciones gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y los proveedores de salud para asegurar una atención coherente y coordinada. De este modo, se promoverá un entorno en el que las mujeres reciban la atención adecuada para una maternidad segura y saludable, lo cual beneficiará tanto a las madres como a sus hijos. La implementación efectiva de estas políticas no solo optimizará los resultados de salud materno infantil, sino que también reforzará el respeto por los derechos fundamentales y la dignidad de todas las personas involucradas.

Resulta agotador el tiempo, esfuerzo y las estrategias implementadas por el sector público y privado en aras de reconocer el empoderamiento de la mujer. El empoderamiento pone énfasis en sus fortalezas, promoviendo una nueva imagen de ellas como ciudadanas con derechos y opciones, frente a la imagen tradicional que ha marcado a la intervención social, como necesitadas, vulnerables o carentes. Por otra parte, define también una nueva aproximación al rol de los profesionales, ubicándolos como colaboradores que ejercen como miembros de la comunidad con el propósito de cambiar su mundo social, superando la visión tradicional de expertos

alejados del mundo de vida de las personas (Erazo, Caicedo María Isabel, et al., 2014, p. 152).

El empoderamiento femenino incluye una serie de procesos a través de los cuales se busca la igualdad y el reconocimiento en diversos ámbitos de la vida. Mediante manifestaciones, foros, la creación de normativas y la promoción de políticas públicas, se ha trabajado arduamente para demostrar y consolidar habilidades y capacidades. El objetivo central de estas actividades es lograr ser reconocidas como independientes y capaces en todas las facetas de su vida, desde el ámbito profesional hasta el personal. Este esfuerzo por visibilizar y validar competencias contribuye a construir una sociedad más equitativa, donde se puedan ejercer derechos y oportunidades de manera plena y efectiva.

Las mujeres embarazadas, debido al ordenamiento jurídico ajustado al principio de supremacía constitucional y, por ende, a un Estado constitucionalista, han sido revestidas de derechos y mecanismos para accionarlos, destacando en el marco laboral medidas que aseguren su bienestar y el del menor, así como la recuperación física de la madre sin ser desvinculada de su trabajo (Moya, 2021, p. 655). En términos generales, el derecho a la salud es uno de los más fundamentales. Por ello, el Estado, los particulares y empleadores, conforme a la ley, deben respetar, proteger y garantizar este derecho humano. La salud es vital porque proporciona la fortaleza y las condiciones necesarias para realizar actividades que beneficien a nivel personal, familiar y colectivo. En el contexto de esta investigación, es relevante reconocer la influencia de factores internos y externos en el desarrollo saludable del proceso de procreación. La futura madre, el padre, el Estado, sus instituciones y el entorno inmediato de la mujer embarazada deben supervisar y gestionar cualquier agente, condición o circunstancia que pueda comprometer el desarrollo integral del embarazo, implementando las medidas y mecanismos necesarios para garantizar su protección.

Conductas trasgresoras de los derechos derivados de la maternidad reguladas por leyes mexicanas

El mandato del artículo 4 de la Constitución , que garantiza el derecho de cada persona a decidir libremente si desea tener hijos, cuántos tener y el intervalo entre embarazos, ha cobrado mayor validez legal. Esto es

particularmente relevante dado que, durante muchos años, el aborto fue considerado un delito en todas las entidades de la Federación Mexicana. Su tipificación se basaba en la acción de provocar la muerte del producto concebido en cualquier etapa del embarazo.

La despenalización del aborto en México ha sido un proceso paulatino, implementado en distintos momentos según cada Entidad Federativa. Actualmente en Sinaloa, ya no se tipifica de esa manera; con las reformas legales, se considera interrupción legal del embarazo. Se configura como delito la interrupción del embarazo cuando la mujer o persona gestante finalice de manera anticipada el proceso de gestación después de la décima tercera semana. Para efectos del código, embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio (Código Penal de Sinaloa, 2024, p. 50).

La conducta tipificada como delito de aborto se derogó del Código Penal para el Estado de Sinaloa en marzo de 2022. Actualmente, respecto a la interrupción legal del embarazo, las sanciones cuando la mujer rebasa las trece semanas de gestación y decide conscientemente abortar y lo lleva a cabo no son tan graves. Básicamente, incluyen terapia psicológica o someterse a medidas integrales, así como para quien haya coadyuvado con ella para realizarlo, hacer trabajo en favor de la comunidad, pagar una multa o cumplir medidas integrales impuestas por la autoridad competente.

En ese sentido, se agrava la situación jurídica de quien se compruebe como sujeto activo en caso de obligar a la mujer a interrumpir su embarazo. Quien consuma este delito será merecedor de pena de prisión. Si el responsable es un profesional en el área de la salud, también se le sancionará con suspensión en el ejercicio de su profesión, por el tiempo que se considere de acuerdo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar, aunque esta sanción no podrá ser superior a cinco años de prisión.

Los destinatarios de las sanciones, en caso de comprobarse la participación de las personas en el hecho delictivo, son tanto la mujer que decide expresar su consentimiento y realizar la interrupción de su embarazo, como quien la induzca a realizarlo, la partera, comadrona o médico. Sin embargo, se contemplan excluyentes de responsabilidad, es decir, no se debe imponer sanción alguna en caso de que, después de la investigación correspondiente, se determine que el embarazo había sido derivado de una violación o una inseminación artificial indebida. Otro supuesto es que

se actúe con conducta imprudente de la madre, y el último, que mediante dictámenes de dos peritos especializados, se le comunique a la madre que su vida está en riesgo y ella exprese formalmente su consentimiento. Asimismo, se excluye con diagnóstico médico que el producto de la gestación presente alteraciones genéticas o congénitas que pongan en riesgo su sobrevivencia. Obviamente, también deberá expresarse el consentimiento de la madre gestante; sin embargo, si ella se encuentra imposibilitada para consentir, este se expresará por persona interpuesta facultada legalmente.

La decisión de la mujer respecto a la interrupción legal del embarazo es fundamental y debe ejercerse con plena responsabilidad, en cumplimiento de los parámetros legales establecidos. Este proceso implica una consideración consciente y bien informada sobre los derechos, opciones y consecuencias, garantizando que se realice en un marco que respete tanto la autonomía de la mujer como las leyes vigentes. La claridad en la normativa y el apoyo institucional son esenciales para asegurar que esta decisión se tome en condiciones seguras, éticas y respetuosas hacia la mujer.

En el supuesto de que la mujer decida embarazarse, es innegable que puede ser víctima de diversos tipos de violencia, tales como:

Violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (Grupo de Información en reproducción asistida, 2015, p. 12).

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que transgrede los derechos humanos de las mujeres en el ámbito de la salud. Este tipo de violencia se manifiesta en el trato deshumanizado, la negligencia, la falta de respeto a la autonomía y dignidad de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. La calidad de los servicios de salud debe asegurar que las

mujeres se sientan emocionalmente tranquilas y respetadas durante estos procesos tan importantes de sus vidas. Afortunadamente, se ha avanzado en tipificar esta conducta como delito. En México, los códigos penales estatales de Chiapas, Estado de México, Quintana Roo, Guerrero y Veracruz tipifican como delito la violencia obstétrica (Morales, 2023, p. 5).

Otro tipo de violencia que contempla la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia es la institucional:

Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen, utilicen estereotipos de género o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia. El Estado mexicano tendrá la misma responsabilidad de promover, respetar, proteger y garantizar, desde una perspectiva de género, los derechos humanos de las mujeres, sus hijas e hijos, que se encuentren o residan fuera del país, con base en los mecanismos legales del Servicio Exterior Mexicano (Ley general de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia, 2024, p. 9).

Es inconcebible que los mismos servidores públicos, cuya función es velar por la protección de los derechos legítimos de los ciudadanos, sean quienes vulneren los derechos fundamentales de las mujeres al obstaculizar su acceso a los diversos mecanismos de protección de sus derechos fundamentales. Este tipo de acciones no solo representa una grave contradicción en el ejercicio de sus responsabilidades, sino que también perpetúa la discriminación y la desigualdad de género. Resulta fundamental que estos funcionarios reciban la formación adecuada para comprender la importancia de respetar y proteger los derechos de todas las personas, especialmente de aquellas en situaciones vulnerables, como las mujeres embarazadas.

Delitos contra los Derechos Reproductivos

Legalmente, en cualquier entidad federativa de México, es imposible restringir o negar a los ciudadanos el derecho a elegir libremente ejercer la profesión, arte u oficio de su preferencia, salvo en los casos que se consi-

deren ilícitos según los mandatos legales establecidos. En este sentido, tanto los empleadores como los empleados en una relación laboral, ya sea en el sector público o privado, que reciban salario u honorarios, deben seguir una serie de lineamientos que regulan su desempeño profesional. Esto es especialmente crítico en el ámbito de los servicios de salud, donde los prestadores de servicios tienen en sus manos la vida de las personas. Por lo cual se debe actuar con mayor eficacia, eficiencia, respeto, responsabilidad, empatía e inclusión. La responsabilidad profesional es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, e incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión (Carrillo, 2007, p. 4).

Las leyes de cada entidad federativa en donde se compruebe que se realizó una conducta, sea por acción u omisión, determinará las sanciones procedentes en caso de incurrir en el supuesto de responsabilidad profesional; dichas sanciones se considerarán de acuerdo con las agravantes, atenuantes o excluyentes que, tras la investigación científica del delito, determine la autoridad competente, con fundamento en lo demostrado por las partes involucradas.

Dentro de las conductas consideradas delitos, es decir, la conducta humana antijurídica, típica, culpable y punible, la Ley General de Salud contempla la inseminación artificial. A quien, sin el consentimiento de una mujer o aun con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial, se le aplicará prisión de uno a tres años, si no se produce el embarazo como resultado de la inseminación; si resulta embarazo, se impondrá prisión de dos a ocho años. Una mujer casada no podrá dar su consentimiento para ser inseminada sin la conformidad de su cónyuge (Ley General de Salud, 2024, p. 73).

El Código Penal Federal, tipifica el delito de inducción a la esterilidad en su numeral 199:

Comete el delito de esterilidad provocada quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos, químicos o de cualquier otra índole para hacerla estéril. Al responsable de esterilidad provocada se le impondrán de cuatro a siete años de prisión y hasta setenta días multa, así como el pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, que

podrá incluir el procedimiento quirúrgico correspondiente para revertir la esterilidad. Además de las penas señaladas en el párrafo anterior, se impondrá al responsable la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual al de la pena de prisión impuesta hasta la inhabilitación definitiva, siempre que en virtud de su ejercicio haya resultado un daño para la víctima; o bien, en caso de que el responsable sea servidor público se le privará del empleo, cargo o comisión público que haya estado desempeñando, siempre que en virtud de su ejercicio haya cometido dicha conducta típica (Código penal federal, 2024, p. 61).

Algunos sectores de la población pueden considerar que determinadas conductas que se manifiestan en la sociedad deberían ser consideradas delitos. Esto permitiría que quienes incurran en dichas conductas sean procesados y sancionados adecuadamente, cumpliendo así con una de las finalidades de las sanciones y penas: la disuasión. La sanción de dichas conductas no solo prevendría que terceros cometan actos similares, sino que también reduciría la reincidencia por parte de los sancionados o sentenciados. Al establecer consecuencias claras para estos comportamientos, se fortalecería la percepción de justicia y se contribuiría a un entorno social más seguro y respetuoso.

La manifestación de conductas violentas es, lamentablemente, un fenómeno cotidiano, y resulta indispensable que las normas jurídicas establezcan sanciones claras y efectivas para quienes incurran en tales actos, especialmente cuando afectan los derechos fundamentales y la integridad de las mujeres durante el proceso de maternidad. Es crucial que el marco legal no solo contemple prohibiciones, sino que también garantice una protección integral y oportuna, sancionando a quienes atenten contra la seguridad y el bienestar de las mujeres en todas las etapas de este proceso.

Conclusiones

Se ha logrado un progreso significativo en la defensa de la dignidad de las mujeres, en consonancia con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Esta ley se basa en los derechos humanos, los cuales son parte esencial, integral e indivisible de la universalidad, y están contemplados en diversos tratados internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra

la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará), entre otros instrumentos internacionales relevantes.

La situación complicada de la mujer al incursionar en el ámbito laboral se ha enfatizado en innumerables ocasiones en razón de la dinámica familiar, la ausencia de valores, prejuicios sociales, la propia organización, políticas de las instituciones y organizaciones gubernamentales, además de todas aquellas ideas preconcebidas sobre la mujer que obstaculizan su participación laboral.

Las instituciones sociales, civiles, de servicio, del propio Estado y la ciudadanía misma deben solidarizarse, coordinando esfuerzos en busca de un cambio y establecimiento de una mejor calidad de vida, así como del respeto, salvaguarda y protección de cada uno de los derechos que correspondan. Sin olvidar que se deben cumplir con las obligaciones, contribuyendo así a la conservación, estabilidad y desarrollo de la sociedad.

En el contexto de la maternidad, estas obligaciones comienzan en el momento de la concepción, se extienden hasta el parto, las etapas del posparto y la crianza temprana. Es transcendental mantener una postura protectora durante todo el crecimiento del niño, fomentando un entorno saludable y propicio para su desarrollo y bienestar. Encaminándose a convertirse en un ciudadano responsable y autosuficiente, capaz de influir positivamente en su entorno en el futuro.

Es imperativo que tanto el Estado como los particulares, especialmente los empleadores cuando la ley así lo requiera, respeten y garanticen los derechos humanos. La salud proporciona la fuerza y las condiciones necesarias para realizar actividades que benefician tanto a nivel personal, familiar y colectivo. En relación con la maternidad, es importante reconocer que existen factores internos y externos que pueden influir en el desarrollo saludable del proceso de procreación. Por lo tanto, tanto la futura madre y padre, como el Estado, sus instituciones y el entorno inmediato de la mujer embarazada, deben proteger contra cualquier agente, condición o circunstancia que pueda afectar el desarrollo integral de dicho proceso, implementando las medidas y mecanismos necesarios de protección.

En este contexto, se observa una discriminación significativa por parte de los empleadores y la sociedad en general, quienes a menudo consideran

el estado de embarazo al momento de contratar a una mujer. En algunos casos, las mujeres son advertidas o amenazadas con despido si quedan embarazadas después de ser contratadas. Esta violación del derecho a la libertad de procreación es frecuente en nuestro país, a pesar de los avances en la protección de estos derechos mediante leyes generales y especiales. Por lo tanto, es crucial llamar la atención sobre este problema, advertir y, en su caso, sancionar a los empleadores que violen los derechos de las mujeres embarazadas o que adquieran esta condición durante su empleo. Es imperativo fortalecer la aplicación de estas leyes para garantizar que las mujeres no enfrenten discriminación por su capacidad de procrear y que puedan ejercer plenamente sus derechos laborales y reproductivos.

Es importante reconocer el rol del Estado en la asignación de responsabilidades penales a quienes violan las normas jurídico-penales, con el objetivo de sancionar y, simultáneamente, fomentar la prevención de tales conductas. Este enfoque no solo reprime actos que vulneran el orden legal, sino que también contribuye, de manera implícita, a disuadir futuras infracciones al establecer consecuencias legales claras y promover un entorno de respeto hacia el marco normativo.

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Narce Dalia Reyes Pérez y al Dr. Luis García Valenzuela por su valioso apoyo en la realización de este capítulo. Agradecemos también a nuestra institución educativa por habernos brindado la formación y motivación necesaria en esta apasionante área de la investigación, así como a nuestras familias por su paciencia y comprensión durante este proceso.

Referencias

- Ayala y García. (2019). *Introducción al estudio del derecho* (2a. edición ed.). Ciudad de México, México: Flores editor.
- Carrillo, F. L. (2007). Responsabilidad profesional del médico en México. *Boletín mexicano de derecho comparado*. Doi:<https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2007.120.3944>
- Castilla, M. V. (Septiembre de 19 de 2008). Modelos y prácticas de maternidad: Continuidades y cambios en dos generaciones de madres pla-

- tenses. *Revista Mad. Revista del Magister en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, 76. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224754004>
- Código Familiar del Estado de Sinaloa. (11 de Agosto de 2023). Culiacán, Sinaloa, México: Congreso del Estado de Sinaloa. <https://www.congresosinaloa.gob.mx/leyes-estatales/>
- Código penal de Sinaloa. (2024 de febrero de 2024). Culiacán, Sinaloa, México. <https://www.congresosinaloa.gob.mx/leyes-estatales/>
- Código penal federal. (12 de febrero de 2024). Ciudad de Mpxico, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). *Aspectos básicos de los derechos humanos*. Ciudad de México, México: CNDH. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/07-Aspectos-basicos.pdf>
- Contitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (10 de Enero de 2024). Ciudad de México, México.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. (03 de Septiembre de 1981). La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Erazo, Caicedo M. I. et al. (2014). Empoderamiento y liderago femenino; su papel en la autogestión comunitaria en el corregimiento. *Revista de la sociedad española de antropología*, 157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79929780011>
- García, M. E. (2008). Introducción al estudio del derecho. Ciudad de México, México: Porrúa.
- Grupo de Información en reproducción asistida, A. C. (2015). Violencia obstétrica, un enfoque de derechos humanos.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). *Informe anual de UNICEF*.
- Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación. (04 de 01 de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley general de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia. (16 de enero de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

- Ley General de Salud. (01 de Abril de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley General de Víctimas. (16 de enero de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Martínez & Bonilla. (2000). Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Mazuela, A. P. (2021). Violencia obstétrica. *VIeI. Vía Inveniendi Et Iudicandi*, 16(2). https://www.redalyc.org/journal/5602/560269078007/html/#redalyc_560269078007_ref27
- Moya, D. F. (2021). La protección legal a las mujeres embarazadas como grupo de atención prioritario. *Sociedad & Tecnología*, 654-666.
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). Los derechos de la mujer son derechos humanos. Nueva York y Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo.
- Organización Mundial de la Salud. (10 de enero de 2024). https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- Secretaría General, U. p. (2017). Los derechos humanos de las mujeres. Ejercicio y exigibilidad. Ciudad de México: Talleres Gráficos de la H. Cámara de Diputados. http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/uig/lxiii/cua_der_hum_muj.pdf
- Tubert, S. (1996). Figuras de la madre. (I. d. mujer, Ed.) Madrid, España: Cátedra. <https://es.scribd.com/doc/269498038/Silvia-Tubert-Ed-Figuras-de-La-Madre>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2018). Retos del derecho constitucional mexicano: régimen político y estado de Derecho (Primera ed.). Ciudad de México, México: Instituto de investigaciones jurídicas. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5487/25.pdf>
- Zamora, Escudero Rodrigo et al. (Agosto de 2013). Incapacidad laboral durante el embarazo y la lactancia. *Ginecología y obstetricia de México*, 81(8). <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom138f.pdf>

Legislación en la atención del parto y el control punitivo del Estado en Sinaloa, México

Legislation in childbirth care and punitive control of Criminal Law in Sinaloa, Mexico

*Leonel Alfredo Valenzuela Gastélum*²⁹

*Teresita Lugo Castro*³⁰

*Octavio Martínez Cázares*³¹

<https://doi.org/10.61728/AE24002875>



²⁹ Profesor investigador de tiempo completo, adscrito a la Facultad de Derecho y Ciencia Política, URN de la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** leonel.valenzuela@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6885-4866>.

³⁰ Profesora investigadora de tiempo completo, adscrita a la Facultad de Derecho y Ciencia Política, URN, de la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** teresitalugo@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0006-2581-9516>

³¹ Profesor investigador de tiempo completo, adscrito a la Facultad de Derecho y Ciencia Política, URN, de la Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** octavio2833@gmail.com. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-8128-3070>.

Resumen

Las leyes en México desempeñan una función esencial al establecer lo lícito y lo ilícito en la conducta humana. El Estado tiene la responsabilidad de procurar, administrar e impartir justicia, con fundamento en la legislación vigente. En esta investigación se emplea el método sociológico-jurídico y documental descriptivo para recopilar información teórica legislativa y delinear el marco legal de la atención del parto, el cual protege el acceso a la salud, entendido como un derecho humano, particularmente en el contexto de la reproducción humana.

Se analizan las principales leyes y Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la atención del parto. A pesar de la existencia de derechos y obligaciones legisladas para diversas instituciones y autoridades, es común que la vida de la madre y del neonato se ponga en riesgo. Por ello, resulta esencial recurrir al derecho para asegurar una atención de calidad antes, durante y después del parto. Además, en caso de que se transgredan estos derechos, es importante que se conozca la manera en que pueden hacerse valer.

Esta indagación subraya la importancia de un marco legal sólido y su correcta implementación para garantizar la seguridad y el bienestar de las mujeres y sus hijos durante el proceso de parto. Las leyes en México desempeñan una función esencial al establecer lo lícito y lo ilícito en la conducta humana. El Estado tiene la responsabilidad de procurar, administrar e impartir justicia, con fundamento en la legislación vigente. En esta investigación se emplea el método sociológico-jurídico y documental descriptivo para recopilar información teórica legislativa y delinear el marco legal de la atención del parto, el cual protege el acceso a la salud, entendido como un derecho humano, particularmente en el contexto de la reproducción humana.

Se analizan las principales leyes y Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la atención del parto. A pesar de la existencia de derechos y

obligaciones legisladas para diversas instituciones y autoridades, es común que la vida de la madre y del neonato se ponga en riesgo. Por ello, resulta esencial recurrir al derecho para asegurar una atención de calidad antes, durante y después del parto. Además, en caso de que se transgredan estos derechos, es importante que se conozca la manera en que pueden hacerse valer.

Esta indagación subraya la importancia de un marco legal sólido y su correcta implementación para garantizar la seguridad y el bienestar de las mujeres y sus hijos durante el proceso de parto.

Introducción

La vida social debe estar regida por leyes. El ámbito de aplicación de las normas jurídicas clasifica *normas federales*, *estatales* y *municipales*, así como reglamentos derivados de cada una. El derecho, considerado un producto social, permite que el Estado, con las facultades conferidas acorde al sistema jurídico del país, pueda crear, modificar o eliminar la vigencia de las normas según factores económicos, políticos, sociales, tecnológicos y, en general, aquellos que se requieran en atención a la pluriculturalidad de nuestro país.

La transgresión al orden social es cada vez más recurrente. El Estado, a través del derecho, ha implementado estrategias legales para inhibir conductas que lesionan el bien común. Actualmente, existen leyes que buscan una mayor protección legal para los grupos más vulnerables, como niñas y niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, en situación de pobreza, de la comunidad de diversidad sexual, migrantes, personas reclusas en prisión, indígenas y, en el caso específico de esta investigación, las mujeres.

La creación y modificación de leyes para brindar mayor protección a las mujeres no es un privilegio, sino una necesidad imperiosa, debido a la frecuente vulneración de sus derechos fundamentales. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos proclama la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, pero cuando se requiera, se debe optar por un trato equitativo en atención a las diferencias biológicas, endocrinológicas, físicas y psicológicas, entre otras.

En el rubro de la atención materno-infantil, es fundamental valorar el estado gestacional de la mujer. Aunque el embarazo permite mantener la mayoría de las actividades cotidianas, se requiere actuar con mayor precaución para no poner en riesgo al feto ni a la propia madre. Los cambios hormonales, emocionales y físicos pueden influir en su desarrollo personal y profesional, por lo que es crucial atender los aspectos legales. Diversos instrumentos legales reconocen el derecho al acceso a servicios de salud y a una atención de calidad, tanto en instituciones públicas como privadas.

Los derechos humanos han cobrado mayor relevancia y otorgan mayor certeza jurídica al incorporarse en diversos textos legales. Reclamar servicios médicos de salud es un derecho inalienable, intransferible e inherente a la persona humana. Los derechos derivados de la atención antes, durante y después del parto se reconocen e incorporan en leyes estatales y federales.

Con la incursión de la mujer en el ámbito laboral, sus derechos derivados de la relación obrero-patronal se mantienen y se amplían para proteger todo lo relacionado con el embarazo, desde citas médicas, incapacidades, licencia de gravidez, periodo de lactancia y, en caso de complicaciones, hospitalización o cuidados sin que se vea afectada su antigüedad y salario. Instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado brindan los servicios propios de la atención del parto, según los requisitos establecidos en las leyes respectivas. Si la mujer decide dar a luz en una institución de salud privada, podrá hacerlo sin que esto perjudique su trabajo.

No obstante, se debe reconocer la inobservancia de estas disposiciones legales por parte de algunas instituciones de salud, empleadores y demás personas. Es necesario promover el cumplimiento de estas normas para que la mujer embarazada reciba un trato digno antes, durante y después del parto, y, en caso contrario, imponer la sanción legal que proceda, proporcional a la vulneración de los derechos. Las secuelas psicológicas y físicas por violaciones a su salud deben evitarse, brindando un servicio más humano y sensible, para que las mujeres en proceso de parto puedan disfrutar plenamente esta etapa de sus vidas.

Marco legal para la atención del parto en Sinaloa y México

El sistema jurídico o conjunto de leyes vigentes en nuestro país se divide en los niveles federal, estatal y municipal, para regular la conducta externa de los ciudadanos. Este cuerpo de leyes es creado por el Poder Legislativo de México. En el ámbito federal, las leyes son elaboradas por la Cámara de Senadores o la Cámara de Diputados, cuando se trata de leyes de aplicación general en todo el territorio nacional; a nivel estatal, los diputados locales de los congresos estatales son responsables de las leyes que afectan a sus respectivos estados; y en el ámbito municipal, los cabildos, formados por regidores, se encargan de armonizar leyes estatales, así como de crear, adecuar, modificar o derogar decretos, reglamentos y normativa cuyo ámbito de validez se limita a su municipio.

En nuestro país, para un adecuado ejercicio del poder del Estado Mexicano, constitucionalmente se determina la división de poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. El Poder Ejecutivo está encabezado por el presidente de la República en el ámbito federal, y se extiende a los gobernadores de cada entidad federativa y a los presidentes municipales en los municipios de cada estado. El Poder Legislativo es ejercido por las cámaras de Senadores y Diputados a nivel federal, los congresos locales de cada entidad federativa, y los cuerpos de regidores en los municipios. Finalmente, el Poder Judicial es encargado a la Suprema Corte de Justicia de la Nación a nivel federal, a los supremos tribunales de justicia en los estados, y a los juzgados de primera instancia, juzgados menores e incluso los tribunales de justicia cívica en los municipios, estos últimos de reciente creación.

El sistema federal mexicano implica la coexistencia de leyes federales, estatales y municipales, que se elaboran de acuerdo con los procedimientos respectivos. Conforme al régimen federal, los estados miembros de una federación son libres en sus regímenes interiores y unidos al pacto federal (Gutiérrez Aragón, R., y Ramos Verastegui, R. M., 2002, p. 33). Estos poderes constituidos tienen el objetivo de procurar un verdadero Estado de Derecho. Su interacción está condicionada por el respeto estricto a las atribuciones consagradas en nuestra *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Se busca que esta relación fomente la cooperación, solidaridad y apoyo mutuo, a pesar de las sanciones que puedan aplicarse cuando uno

de ellos interfiera en las funciones del otro, o cuando se presenten fallas dolosas o culposas en su desempeño. Para garantizar el cumplimiento de sus funciones, existen protocolos y manuales que regulan la operatividad y el funcionamiento de cada institución, dependencia, dirección u oficina asociada a cada poder.

En los países de derecho escrito, la legislación es la más importante de las fuentes formales. Podríamos definirla como el proceso por el cual uno o varios órganos del Estado formulan y promulgan determinadas reglas jurídicas de observancia general, a las que se les da el nombre específico de leyes (García Máynez, 2012, p. 52). Es fundamental destacar que la ley es la principal fuente del derecho. Su función reguladora y sancionadora compromete al Estado a través de sus instituciones encargadas de establecer, administrar y supervisar el ejercicio del poder en las áreas administrativa, legislativa y judicial. La ley organiza y controla las relaciones entre ciudadanos en un territorio específico, garantizando que las instituciones responsables de procurar y administrar justicia actúen de manera profesional, ética e imparcial, sin distinción alguna entre los destinatarios de la norma.

La creación de la ley tiene su origen en uno de los poderes del Estado Mexicano: el Poder Legislativo. En sus distintos niveles—federal, estatal y municipal—el proceso de creación de normas responde a cambios y necesidades sociales. El objetivo del derecho es regular, sancionar o penalizar las conductas externas de los ciudadanos, adaptándose a las nuevas realidades y demandas de la sociedad.

Aunado a las leyes establecidas por las autoridades competentes, existen reglamentos específicos de cada dependencia o institución laboral. Estos reglamentos deben alinearse con los principios y disposiciones de un Estado de Derecho y no contrariar las normativas generales. Es esencial que estos reglamentos internos complementen y doten de fortaleza la legislación vigente, garantizando que las políticas y prácticas laborales se ajusten a los estándares legales, salvaguardando los derechos de los trabajadores. La coherencia entre las leyes nacionales, así como los reglamentos institucionales, es indispensable para asegurar un entorno laboral justo y equitativo.

Las *Normas Oficiales Mexicanas* son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen

como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación (Secretaría de Salud , 2015). En el ámbito de la salud, se establecen protocolos, así como reglamentos específicos que precisan las condiciones de existencia, funcionamiento y competencias de cada institución del sector. Además, se contemplan medidas correctivas, incluyendo las punitivas para quienes incumplan con sus responsabilidades. Estas se aplican en casos de exceso en el ejercicio de funciones, incumplimiento de la normativa, negligencia, ignorancia, culpa, dolo o corrupción. En la tabla 1 se muestran las leyes cuyo ámbito de aplicación es federal y estatal, así como las Normas Oficiales Mexicanas que tienen injerencia en la regulación de la atención del parto.

Métodos y técnicas de investigación

En esta investigación se aplican dos enfoques metodológicos principales: el enfoque sociológico-jurídico y el enfoque documental descriptivo. El enfoque sociológico-jurídico se centra en examinar cómo las leyes relacionadas con la atención del parto se vinculan con la realidad social, considerando el impacto que tienen en la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el *puerperio*. Este enfoque permite analizar de manera crítica cómo las normas jurídicas se materializan en prácticas efectivas, así como cómo estas prácticas afectan los derechos y el bienestar de las mujeres.

Por otro lado, el enfoque documental descriptivo se utiliza para recolectar, organizar y analizar información legislativa y teórica relevante. Este enfoque facilita una revisión exhaustiva de las normativas existentes, estudios previos y documentos legales relacionados con la atención del parto. A través de este enfoque, se delinearán un marco jurídico integral que englobe las diversas dimensiones de la atención a la mujer en el contexto del embarazo, el parto y el postparto.

Tabla 1.

Leyes federales y estatales, así como Normas Oficiales Mexicanas con relación a la atención del parto.

Fuente: elaboración propia con información de (www.diputados.gob.mx)

| Leyes Federales | Leyes Estatales | Normas Oficiales Mexicanas NOM |
|---|--|---|
| Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos | Código Familiar del Estado de Sinaloa | Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2015: <i>Servicios de salud sexual y reproductiva.</i> |
| Código Civil Federal | Código Penal del Estado de Sinaloa | Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. |
| Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación | Ley de Acceso de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Sinaloa | Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016: <i>“Atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”</i> |
| Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos | Ley de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes del Estado de Sinaloa | Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2021: “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido”. |
| Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria Del Apartado B) Del Artículo 123 Constitucional | Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Sinaloa | |
| Ley de los Institutos Nacionales de Salud | Ley de Salud del Estado de Sinaloa | |
| Ley del Seguro Social | | |

| Leyes Federales | Leyes Estatales | Normas Oficiales Mexicanas NOM |
|--|-----------------|--------------------------------|
| Ley de Asistencia Social | | |
| Ley Federal del Trabajo | | |
| Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia | | |
| Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes | | |
| Ley General de Salud | | |

El propósito es evaluar la correspondencia entre la legislación vigente y la realidad social, identificando posibles discrepancias y brechas en la protección de los derechos humanos de las mujeres. Se explora la manera en que la normativa busca prevenir la vulneración de estos derechos y cómo la implementación efectiva de las leyes puede contribuir a mejorar la calidad de la atención durante estos periodos críticos.

La participación del Estado Mexicano en la regulación y sanción de conductas que lesionan los bienes jurídicos de las personas se materializa a través del derecho penal. Este cuerpo normativo establece de forma precisa los delitos, las penas correspondientes y las medidas de seguridad aplicables, con el fin de proteger los derechos fundamentales de los ciudadanos y mantener el orden social. El Estado, a través de su poder punitivo, no solo está facultado para imponer sanciones tras una verificación objetiva de los hechos delictivos, sino que también debe asegurar que las autoridades competentes respeten el debido proceso y los derechos humanos de todas las personas involucradas.

Esto implica que, una vez agotadas las etapas de investigación o bien la procedibilidad de una solución alterna o forma de terminación anticipada del proceso, el sistema de justicia penal cumpla no solo con la reparación del daño ocasionado, sino también con la prevención de futuros delitos, el fortalecimiento de la protección hacia víctimas u ofendidos y la salvaguarda de los derechos de las personas imputadas. A través de estas disposiciones, se busca evitar la impunidad y fomentar un ambiente de seguridad y confianza en el sistema de procuración, administración e impartición

de justicia, promoviendo una sociedad en la cual el acceso a la justicia sea accesible y equitativo para todos.

Resultados y discusión

Acceso a la salud para mujeres: un Derecho Humano fundamental

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. La ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 2024, p. 10). El bienestar de los individuos dentro de su entorno social es, en cierta medida, una responsabilidad del Estado. Las leyes otorgan la potestad para asegurar y promover este bienestar, implementando políticas y regulaciones que protejan y mejoren la calidad de vida de los ciudadanos. Esta responsabilidad incluye la creación, modificación y aplicación de un marco legal que garantice la equidad, justicia y seguridad social, asegurando que todos los miembros de la sociedad puedan desarrollarse en un entorno seguro y saludable.

El derecho se encarga de garantizar la protección de las personas en diversas áreas, como la económica, laboral y médica, con el objetivo de que puedan vivir de acuerdo con los principios básicos para la dignidad humana. Sin embargo, este ideal no siempre se cumple plenamente. Muchas personas enfrentan dificultades para acceder a la atención médica debido a factores como la ubicación geográfica, el desconocimiento de programas y servicios de salud pública, el pudor en el caso de las mujeres en edad reproductiva, la falta de conciencia, la ausencia de seguridad social, la discriminación, las ideologías religiosas, las barreras lingüísticas y los problemas de transporte, entre otros. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud; si las personas hacen uso de los servicios de salud,

tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables. El Estado otorgará servicios de salud a través de la Federación, los estados y los municipios, de acuerdo con lo establecido en la ley (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2024).

Es lamentable que, a pesar de los avances tecnológicos en la medicina, las *iatrogenias* en la atención del parto sigan ocurriendo. La tecnología médica ha mejorado significativamente, permitiendo monitorear tanto a la madre como al recién nacido con precisión y prevenir posibles complicaciones. Sin embargo, la persistencia de iatrogenias sugiere áreas de mejora en la aplicación de estos recursos, así como en la capacitación y el cuidado clínico durante el proceso de parto. Esto subraya la importancia de optimizar la práctica médica y la toma de decisiones en cada etapa de la atención obstétrica para minimizar los riesgos y asegurar la salud de las madres y los recién nacidos.

Las personas que prestan servicios en el área de la salud deben actuar con verdadero profesionalismo y ofrecer un trato humano a los pacientes. Esto aplica a médicos, enfermeras, asistentes y, en general, a todos los integrantes del sistema de salud. Simultáneamente a su preparación especializada, deben guiarse por valores morales, mostrar sensibilidad en su desempeño, ser empáticos y respetuosos. De igual manera, los pacientes deben comportarse con cortesía y respeto hacia quienes les brindan dicha atención. Es fundamental reconocer que tanto médicos como pacientes poseen derechos y obligaciones en el ámbito de la atención sanitaria. Los médicos tienen el derecho a ejercer su práctica en un entorno seguro y a recibir respeto por su conocimiento y decisiones clínicas; sin embargo, también están obligados a brindar una atención ética, informada y centrada en el bienestar del paciente. Por otro lado, los pacientes tienen derecho a recibir una atención digna y a ser informados de manera transparente sobre su estado de salud y posibles tratamientos, mientras que su obligación es colaborar activamente con el equipo médico, seguir las indicaciones y respetar los protocolos establecidos. Este equilibrio de derechos y deberes es esencial para garantizar una relación médico-paciente de confianza y una atención de calidad.

En el esfuerzo por brindar facilidades para que las personas puedan acceder a una vivienda digna y decorosa, a un trabajo lícito y remunerado,

recibir atención médica y jurídica, tener un medio ambiente sano, agua y, en general, a todas las condiciones necesarias para una buena calidad de vida, el Estado desempeña un papel decisivo. Estas medidas buscan garantizar que cada individuo tenga la oportunidad de desarrollarse plenamente en un entorno seguro y saludable, promoviendo así el bienestar social y la justicia económica. Tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que, por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, económicas o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. Con base en lo anterior, son sujetos de la asistencia social, entre otros, las mujeres en estado de gestación o lactancia, las madres adolescentes y las madres solas que tengan a su cuidado hijos menores de dieciocho años de edad (Ley de Asistencia Social, 2024, p. 2).

Para las mujeres, es de suma importancia iniciar con la medicina preventiva y la promoción de la salud, enfocándose en la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. Esto ayuda a prevenir embarazos en niñas, adolescentes y mujeres con varios hijos; cualquier decisión que se tome deberá ser siempre con el consentimiento informado de la paciente. Aunque la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* garantiza el derecho a procrear, esta libertad debe estar condicionada a la capacidad de proporcionar lo necesario para el bienestar de los hijos.

Cuando una mujer está embarazada, es esencial brindarle atención que respete su integridad física y emocional. Durante el parto y el *postparto*, debe evitarse cualquier forma de vejación, humillación o acción que menoscabe su dignidad. En este contexto, la Federación, los estados y los municipios, dentro de sus competencias, tienen la responsabilidad de ofrecer asistencia social. Esto incluye una serie de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida, haciendo uso de las instituciones, mecanismos e infraestructura técnica y humana necesaria, con el objetivo de facilitar el desarrollo integral de las madres.

El Estado, como eje rector encargado de organizar la vida en sociedad a través del derecho, tiene la responsabilidad de legislar en todos los ámbitos de la vida. En el caso que nos ocupa, corresponde al Estado crear, reformar o agregar leyes específicamente en el ámbito de la atención del parto. Esto implica la obligación de establecer marcos normativos que garanticen la seguridad, el bienestar y los derechos de las mujeres antes,

durante y posterior al parto, asegurando una atención de calidad, respetuosa y libre de riesgos innecesarios. A través de la legislación adecuada, el Estado debe procurar que los servicios de salud materna sean accesibles, equitativos y eficaces, con el fin de promover un entorno seguro tanto para la madre como para el recién nacido.

Impacto de la legislación en la calidad de la atención del parto en instituciones públicas y privadas

A lo largo del tiempo, las mujeres han luchado por el reconocimiento de los derechos que consideran esenciales para una mayor integración en la sociedad. Esta pugna incluye la eliminación de la discriminación por razones de género y la búsqueda de un trato igualitario y equitativo, acorde a las circunstancias que enfrentan. Esta demanda de igualdad se realiza sin olvidar las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, que también deben ser consideradas para garantizar una justicia y equidad objetiva.

La perspectiva de género es un concepto que se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género (*Ley del Instituto Nacional de las Mujeres*, 2021, p. 2). Además, es importante destacar que esta lucha no se limita únicamente a la esfera social, sino que también abarca los ámbitos legal, laboral, político y educativo. Las mujeres han trabajado para obtener leyes que protejan sus derechos, condiciones laborales justas, representación política equitativa y acceso igualitario a la educación.

En lo que respecta a la salud reproductiva, es fundamental que las mujeres embarazadas reciban atención y cuidados especiales inherentes a su estado. Durante el embarazo, es primordial que tengan acceso a un seguimiento médico permanente que incluya asesoramiento, revisiones regulares y apoyo emocional. Cuando llega el momento del parto, es indispensable que las mujeres se sientan seguras, tranquilas y confiadas en el personal médico que las asistirá. La confianza en quienes se encargan

del alumbramiento se construye a través de una atención profesional, respetuosa y empática durante todo el proceso prenatal y perinatal. El parto es el proceso de terminación fisiológica del embarazo, con la expulsión del feto maduro por las vías naturales, seguido, casi de inmediato, por la placenta y las membranas (el corioamnios). Los fenómenos fundamentales que se producen son: el útero se contrae, con una frecuencia e intensidad progresivas; el cérvix se dilata y, finalmente, se expulsa el feto y, poco después, la placenta y las membranas (Santonja, J. J., 1998, p. 1).

Es vital que el entorno de atención al parto respete la dignidad y los derechos de las mujeres, ofreciendo un espacio seguro y libre de violencia obstétrica. Esto implica garantizar la privacidad, consentimiento informado en todas las intervenciones y apoyo emocional necesario. La educación y capacitación continua del personal de salud en temas de equidad de género y derechos humanos son fundamentales para proporcionar una atención de calidad que responda a las necesidades específicas de cada mujer.

El derecho considera la vida como el bien jurídico de mayor valor, por lo que al momento del alumbramiento es prioritario contar con una asistencia obstétrica que garantice la atención a la mujer en todo momento, sin importar si es día u hora hábil o no. Este enfoque subraya la importancia de proporcionar servicios de salud accesibles y de calidad que respondan a las necesidades urgentes de las mujeres embarazadas.

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo... Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto... La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de

atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del neonato, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado (*Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016*, 2016).

Es indispensable que la atención obstétrica sea integral, siempre disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, para asegurar que las mujeres reciban el cuidado necesario de manera oportuna y efectiva. Esto incluye la disponibilidad de personal médico calificado, equipos adecuados y un entorno seguro que proteja tanto la vida de la madre como la del *neonato*. La implementación de políticas que aseguren estos estándares de atención es vital para promover la salud materna y reducir los riesgos asociados al parto.

En este contexto, la atención del parto es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato (*Norma Técnica para la Atención del Parto*, p. 5). La atención del parto implica una serie de pasos cruciales para asistir a las mujeres embarazadas en el proceso de dar a luz. Este cuidado abarca desde el seguimiento prenatal hasta el alumbramiento, asegurando que tanto la madre como el neonato reciban la atención necesaria en cada etapa. El proceso incluye el monitoreo del estado de salud de la madre y el bebé, la preparación para el parto y la asistencia durante la expulsión del neonato.

Resulta esencial que la atención durante el parto sea integral y personalizada. Esto significa que el personal de salud debe estar capacitado para manejar diversas situaciones y complicaciones que puedan surgir, proporcionando un ambiente seguro y de apoyo. La presencia de profesionales bien preparados, como obstetras, enfermeras y parteras, es importante para garantizar que el parto se desarrolle de manera segura y eficiente.

La educación y el apoyo emocional también son componentes significativos de la atención del parto. Las mujeres deben recibir información

clara y comprensible sobre las diferentes etapas del proceso, los procedimientos médicos que podrían ser necesarios, así como las opciones de parto. Asimismo, es prioritario que se les brinde apoyo emocional, ayudándolas a sentirse seguras y tranquilas durante todo el proceso.

Posteriormente, la atención postparto es un aspecto crítico que no debe ser descuidado. Esta etapa incluye el monitoreo de la recuperación de la madre, el cuidado del *neonato* y el asesoramiento sobre la lactancia y otros cuidados neonatales. Un seguimiento adecuado en el periodo postparto ayuda a identificar y establecer tratamiento para cualquier complicación temprana, promoviendo una recuperación saludable y el bienestar de la madre y el bebé.

Protección legal de la salud materno-infantil

La Ley General de Salud contempla un capítulo destinado a la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que aborda el período que va desde el embarazo, el parto, el postparto y el puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el neonato. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones: la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera (*Ley General de Salud*, 2024, p. 25).

Las disposiciones contempladas en la *Ley General de Salud*, en concordancia con el mandato constitucional, tienen como objetivo hacer efectiva la protección jurídica de la mujer durante el embarazo, el parto y el *puerperio*. La existencia de estos derechos legalmente reconocidos actúa como un incentivo, ya que permite a las mujeres invocar el derecho de acción para reclamar la reparación del daño ante la autoridad competente en caso de que sus derechos sean transgredidos. Acorde a los lineamientos del sistema de justicia en el Estado Mexicano, los particulares tienen la posibilidad de exigir, a través de los órganos facultados para tal efecto, la restitución de los derechos o garantías fundamentales que consideren vulnerados, todo dentro del marco de la legalidad y agotando el debido proceso.

El derecho penal contempla delitos que pueden ser cometidos por profesionales de la salud. En caso de que dichos actos encuadren en la hipótesis normativa-penal, se realiza una indagatoria exhaustiva de los presuntos

hechos delictuosos, mediante la instauración de una carpeta de investigación. Dependiendo del resultado, se judicializará esta carpeta y el juez de control deberá agotar el debido proceso, pudiendo el órgano jurisdiccional dictar una sentencia condenatoria o absolutoria. Dentro de los delitos que contempla el Código Penal para el Estado de Sinaloa, el bien jurídico afectado es la dignidad de las personas, y el delito es: la discriminación:

Artículo 189. Se impondrán de 1 a 3 años de prisión y multa de 50 a 200 días, a quien por razón de cultura, edad, sexo, género, embarazo, estado civil, raza, idioma, religión, ideología, orientación sexual, identidad de género o expresión de género, color de la piel, nacionalidad, origen, posición social, apariencia física, condición jurídica, trabajo, profesión, posición económica, carácter físico, discapacidad, estado de salud, identidad o filiación política, antecedentes penales o de cualquier otra índole que atente contra la dignidad humana o anule o menoscabe los derechos y libertades de las personas [...] Las penas se aumentarán al doble de las previstas cuando las conductas a que se refiere este artículo sean cometidas en contra de médicos, cirujanos, personal de enfermería o cualquier persona que realice actividades de atención médica, en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, durante el período que comprenda una emergencia sanitaria (Código Penal del Estado de Sinaloa, 2024, p. 75).

En la atención del parto, la discriminación puede manifestarse a través de un trato desigual por parte de los profesionales de la salud. Estos sesgos de género podrían influir en varios aspectos de la atención médica, desde la comunicación y el respeto hacia las pacientes, hasta las decisiones clínicas y el manejo del dolor. Por ejemplo, algunas mujeres pueden ser desestimadas en sus preocupaciones o síntomas, lo que lleva a una atención deficiente y, en ocasiones, complicaciones médicas evitables. Además, las prácticas obstétricas inadecuadas, como la realización de procedimientos innecesarios o sin el consentimiento informado, son ejemplos de cómo los prejuicios pueden afectar negativamente la experiencia del parto.

La falta de formación y sensibilización de los profesionales de la salud sobre la equidad de género y los derechos de las mujeres también contribuye a perpetuar estas desigualdades. Es prioritario implementar políticas y programas de capacitación que promuevan una atención respetuosa, empática y basada en la evidencia, garantizando que todas las mujeres reciban el cuidado digno y de alta calidad que merecen durante el parto.

El Código Penal del Estado de Sinaloa también tipifica los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión, incluyendo aquellos relacionados con la responsabilidad profesional. Esta normativa específica establece sanciones para los profesionales de la salud que incurran en conductas negligentes, imprudentes o dolosas que resulten en daño a sus pacientes. De esta manera, se busca garantizar que los profesionales actúen con el máximo cuidado y ética en la prestación de sus servicios, protegiendo así la integridad y los derechos de los pacientes.

Los profesionales y sus auxiliares que cometan delitos en el ejercicio de su actividad, además de las sanciones que les correspondan, podrán ser suspendidos en el ejercicio de esta por un período de tres meses a tres años. En caso de reincidencia, se duplicará el término de la suspensión para ejercer la actividad. Se impondrá prisión de tres meses a cinco años y multa de 50 a 200 días al médico que: practique una intervención quirúrgica innecesaria o, ejerciendo la medicina y sin motivo justificado, se niegue a prestar asistencia al enfermo en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro la vida o la salud de dicho enfermo (*Código Penal del Estado de Sinaloa*, 2024, p. 113).

En ocasiones, algunos profesionales de la salud, para evitar el esfuerzo que implica un parto natural o con el objetivo de cobrar honorarios más elevados, optan por practicar *cesáreas* innecesarias. Estas decisiones no solo contravienen las mejores prácticas médicas, sino que también pueden poner en riesgo la salud de la madre y el recién nacido. La legislación penal busca desincentivar tales prácticas al establecer sanciones claras y precisas para quienes actúan de manera irresponsable en el ejercicio de su profesión.

En ese sentido, se destaca la importancia de la prevención para evitar malas prácticas médicas. Es fundamental contar con mecanismos legales que permitan a las mujeres buscar justicia cuando estas prácticas indebidas ocurran. En tales casos, es necesario recurrir a las instancias administrativas o jurisdiccionales competentes, en lugar de intentar resolver el conflicto por cuenta propia, en cumplimiento con la prohibición de hacerse justicia por mano propia.

Lamentablemente, la violencia ha sido una constante en la vida social, afectando las relaciones entre amigos, vecinos, familiares y compañeros

de trabajo. Esta violencia puede manifestarse de diversas formas, como física, psicológica, sexual, patrimonial o económica. En el contexto de la violencia contra la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio, se define legalmente de la siguiente manera:

Se considera violencia contra la mujer toda acción u omisión intencional y negligente que lleve a cabo cualquier persona o institución pública o privada, de manera directa o indirecta, que dañe, denigre, discrimine o dé un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad (*Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Sinaloa*, 2023, p. 11).

Esta regulación legal tiene como objetivo principal prevenir situaciones de iatrogenias durante el embarazo, el parto o el *puerperio*, es decir, cualquier daño que pueda surgir debido a la intervención médica, ya sea por acción directa o por omisión. La normativa distingue entre dos formas de conducta que pueden llevar a tales daños: la conducta dolosa, que implica una intención consciente de causar daño o una conducta realizada con pleno conocimiento de sus posibles consecuencias negativas, y la conducta culposa, que se produce por negligencia, falta de habilidades o imprudencia. También se establecen medidas para garantizar que las personas responsables de la atención de la mujer en esos momentos cruciales actúen con el máximo cuidado y profesionalismo, minimizando el riesgo de que sus acciones o falta de ellas resulten en alteraciones significativas en la salud física o mental de la mujer.

En estos casos, la *Ley General de Salud* contempla sanciones administrativas. El artículo 417 establece que estas sanciones pueden ser: amonestación con apercibimiento, multa, clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y arresto hasta por 36 horas. El artículo 418 dispone que, al imponer una sanción, la autoridad sanitaria fundará y motivará la resolución, tomando en cuenta los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas, la gravedad de la infracción, las condiciones socioeconómicas del infractor, la calidad de reincidente del infractor y el beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción (*Ley General de Salud*, 2024, p. 174).

Tradicionalmente, el papel de la mujer había estado restringido al ámbito doméstico, con una dedicación exclusiva a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos. Sin embargo, este modelo habitual ha sido progresivamente superado. En la actualidad, es cada vez más común ver a mujeres ocupando puestos remunerados en una amplia variedad de dependencias e instituciones. A pesar de los avances hacia la igualdad laboral, esta dualidad de roles puede generar un notable desgaste físico y emocional.

Las mujeres a menudo deben equilibrar sus responsabilidades profesionales con las actividades asociadas a la maternidad, durante el embarazo, el parto y el *puerperio*. Una vez reincorporadas a sus labores, continúan enfrentando múltiples cargas u obligaciones, como atender problemas de salud de sus hijos, involucrarse en actividades escolares, participar en juntas de padres y apoyar en actividades extracurriculares.

Esta armonía entre el trabajo y las responsabilidades familiares puede resultar desafiante y estresante. Como consecuencia, algunas mujeres pueden optar por retrasar la maternidad, limitar el número de hijos que desean tener, o incluso decidir no ser madres, en favor de enfocarse plenamente en sus carreras profesionales. Esta decisión refleja una adaptación a las nuevas realidades laborales y sociales, donde la conciliación entre la vida laboral y familiar sigue siendo un desafío significativo.

La *Ley Federal del Trabajo* contempla un capítulo denominado *Trabajo de las Mujeres*, cuyas modalidades que se consignan tienen como propósito fundamental la protección de la maternidad:

Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos: durante el período del embarazo, no realizarán trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación, tales como levantar, tirar o empujar grandes pesos, que produzcan trepidación, estar de pie durante largo tiempo o que afecten o puedan alterar su estado psíquico y nervioso; disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. A solicitud expresa de la trabajadora, previa autorización escrita del médico de la institución de seguridad social que le corresponda o, en su caso, del servicio de salud que otorgue el patrón, tomando en cuenta la opinión del patrón y la naturaleza del trabajo que desempeñe, se podrá transferir hasta cuatro de las seis semanas de descanso previas al parto para después del mismo.

En caso de que los hijos hayan nacido con cualquier tipo de discapacidad o requieran atención médica hospitalaria, el descanso podrá ser de hasta ocho semanas posteriores al parto, previa presentación del certificado

médico correspondiente. En el período de lactancia hasta por el término máximo de seis meses, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón, se reducirá en 1 hora su jornada de trabajo durante el período señalado; a regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto; y a que se computen en su antigüedad los períodos pre y postnatales (*Ley Federal del Trabajo*, 2024, p. 52).

El Instituto Mexicano del Seguro Social ofrece a las mujeres aseguradas una serie de prestaciones básicas diseñadas para garantizar una atención integral durante el embarazo, el parto y el *puerperio*. Estas prestaciones incluyen asistencia obstétrica especializada, así como medidas para promover la lactancia materna, reconociendo su importancia en la nutrición y desarrollo saludable del bebé.

Además, para las madres trabajadoras, el *Instituto Mexicano del Seguro Social* establece derechos específicos tras el período de licencia por maternidad. Una vez reincorporadas a sus actividades laborales, tienen derecho a disponer de 1 hora diaria para amamantar a su hijo o, alternativamente, dos períodos de 30 minutos cada uno para extraer leche. Para facilitar estas necesidades, es requisito que la institución o empresa disponga de un espacio físico adecuado que permita la extracción de leche materna en condiciones óptimas, garantizando la privacidad y la higiene. Sin embargo, la realidad es que muchos centros de trabajo aún carecen de estos espacios físicos adecuados, lo que puede dificultar el cumplimiento de este derecho.

Aunado a estas prestaciones, el *Instituto Mexicano del Seguro Social* proporciona a las madres una dotación inicial de productos esenciales para el cuidado del bebé, destinada a apoyar a las madres en los primeros días de vida del recién nacido, aliviando parte de la carga económica asociada a los cuidados básicos del bebé.

El Instituto Mexicano del Seguro Social otorgará a la asegurada, durante el embarazo, el alumbramiento y el *puerperio*, las siguientes prestaciones: asistencia obstétrica, ayuda en especie durante seis meses para lactancia, capacitación y fomento para la lactancia materna, incentivando a que la leche materna sea el alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida. Durante el período de lactancia,

tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de 30 minutos cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de 1 hora, para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en un lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico (*Ley del Seguro Social*, 2024, p. 32).

En el contexto de las prestaciones laborales dirigidas a las madres trabajadoras al servicio del Estado, estas tienen derecho a una incapacidad laboral que comienza un mes antes de la fecha estimada para el parto y se extiende por dos meses posteriores al nacimiento del bebé. Este período está diseñado para permitir una recuperación adecuada después del parto y para atender las necesidades iniciales del recién nacido.

Se reconoce la importancia de la lactancia materna para el desarrollo del bebé, por lo que se otorgan dos períodos de 30 minutos cada uno durante la jornada laboral para facilitar la lactancia. Si por razones logísticas, como la lejanía del centro de trabajo, problemas de tráfico o dificultades de transporte, las trabajadoras no pueden aprovechar estos períodos de lactancia, la normativa permite una reducción de la jornada laboral en 1 hora. Esto proporciona flexibilidad a las trabajadoras para ajustar su horario de entrada o salida y asegurar que puedan cumplir con las necesidades de su bebé sin que se vean perjudicadas en su desempeño laboral.

La Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Sinaloa, en el artículo 86, establece que las mujeres disfrutarán de un descanso de un mes anterior a la fecha aproximada fijada para el parto, y de otros dos meses después del mismo, con goce de salario íntegro, computándose en su antigüedad ambos períodos, sin que esto afecte su derecho al disfrute de vacaciones. En el período de lactancia, hasta por el término máximo de seis meses, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de 30 minutos cada uno, para alimentar a sus hijos, en un lugar adecuado e higiénico que se designe para tal efecto, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo, se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el período señalado (*Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Sinaloa*, 2021, p. 19).

Apostando por la importancia y los efectos positivos de una formación integral en el ámbito educativo, el Estado ha delegado a la *Secretaría de Educación Pública* la responsabilidad de implementar y supervisar políticas educativas que promuevan el desarrollo completo de los estudiantes. Esta

formación integral no solo abarca el conocimiento académico, sino que también incluye aspectos fundamentales como el desarrollo emocional, social y ético de los estudiantes. Dentro de estas políticas se considera el desarrollo de programas educativos, en todos los niveles de escolaridad, que fomenten la cultura de una vida libre de violencia contra las mujeres y el respeto a su dignidad, así como la comprensión adecuada del ejercicio del derecho a una paternidad y maternidad libre, responsable e informada, como función social, y el reconocimiento de la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en cuanto a la educación y el desarrollo de sus hijos (*Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, 2024, p. 35).

En cuanto al esfuerzo de lograr una formación integral desde el inicio de la educación escolar, es fundamental que tanto niñas como niños desarrollen una conciencia sobre el respeto y la dignidad de las personas. Esto incluye la comprensión de la importancia de una paternidad y maternidad responsables, así como el reconocimiento de la responsabilidad compartida en la crianza de los hijos.

La *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, en el artículo 50, establece la colaboración gubernamental en el derecho a la protección de la salud y a la seguridad social. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, relacionadas con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de: asegurar la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio, así como para sus hijas e hijos, y promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros 6 meses y complementaria hasta los dos años, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos (*Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, 2024, p. 25).

Es muy importante resaltar en todos los ámbitos el interés superior de la infancia. Al otorgar servicios de salud de calidad, no solo se protege a la madre, sino que, como consecuencia lógica, también se garantiza el bienestar del recién nacido. Asegurar que las madres reciban atención médica adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio es fundamental para el desarrollo saludable de los niños. Este enfoque integral en la atención médica materno-infantil contribuye a mejorar los resultados de salud a

largo plazo para madres e hijos, promoviendo un inicio de vida saludable.

Ofrecer un entorno de atención que incluya seguimiento médico, apoyo nutricional y orientación sobre el cuidado del recién nacido asegura que tanto la madre como el bebé reciban el respaldo necesario para un inicio de vida saludable. La salud materno-infantil demuestra un compromiso con el bienestar de las futuras generaciones, garantizando que los niños crezcan en condiciones óptimas para su desarrollo físico, emocional y social.

En atención al derecho de identidad que legalmente asiste a todas las personas, los recién nacidos, una vez que han sido expulsados del vientre materno, deben ser presentados ante la instancia correspondiente para confirmar la legalidad de su nacimiento. Este proceso es esencial para proceder a la entrega de su acta de nacimiento, un documento que certifica su existencia y les otorga una identidad legal. Es ideal que este trámite se realice prontamente, asegurando que el recién nacido cumpla con todos los requisitos legales necesarios. La expedición del acta de nacimiento no solo garantiza el reconocimiento oficial del niño, sino que también le permite acceder a diversos derechos y servicios esenciales desde sus primeros días de vida. Al respecto, el Código Familiar para el Estado de Sinaloa dispone que:

Las declaraciones de nacimiento se harán presentando a la persona ante el oficial del registro civil, en su oficina, o en el caso de imposibilidad física para trasladarlo, o bien por causa grave, en el lugar donde hubiere nacido o se encuentre... Tienen la obligación de declarar el nacimiento, el padre o la madre, o cualquiera de ellos; a falta de éstos, los abuelos paternos o maternos sin preferencia... Para llevar a cabo la inscripción de un nacimiento, el oficial del registro civil exigirá el certificado de nacimiento expedido por el médico o la persona que atienda el parto y al recién nacido. El incumplimiento de esta disposición se sancionará con la destitución del servidor público que realice la inscripción, independientemente de las penas en que incurra de conformidad con la legislación aplicable (*Código Familiar del Estado de Sinaloa*, 2023, p. 199).

En relación con la atención del parto, los derechos de las niñas y los niños están diseñados para garantizar su bienestar desde el nacimiento, motivo por el cual la madre y los familiares deben propiciar las condiciones para adaptarlos al entorno social.

Conclusiones

Tener acceso a los servicios de salud es un derecho humano establecido en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y en otras leyes que regulan específicamente la calidad en los servicios de salud, la atención materno-infantil, las prestaciones laborales, la no discriminación y una vida digna acorde al sistema de salud previamente establecido.

En el caso específico de las mujeres, se debe promover el acceso a la medicina preventiva para orientarlas en temas de salud reproductiva, planificación familiar, embarazo, parto y *puerperio*. Esto es fundamental para que puedan recibir los cuidados necesarios que les permitan disfrutar plenamente de esta etapa de la maternidad.

En nuestro país, las leyes federales y estatales regulan la atención del parto. Sin embargo, a pesar del marco legislativo, no se puede ignorar que en la realidad social algunos prestadores de servicios de salud incurren en acciones u omisiones que ponen en riesgo o dañan la integridad de las mujeres, el neonato y sus familiares.

Tanto en las instituciones de salud pública como en las privadas, debe brindarse una atención respetuosa, amable, empática y razonable, que satisfaga las necesidades de la mujer antes, durante y después del parto. Además, es de suma importancia que no se quebranten los derechos laborales de las madres trabajadoras, reconociendo tanto sus derechos como sus obligaciones, así como las de los empleadores, para conservar las prerrogativas que han conseguido.

El esfuerzo del Estado por crear, modificar o eliminar contenidos legales para adaptarlos a las necesidades sociales no siempre es suficiente. A veces, los servicios de salud carecen de recursos suficientes, infraestructura o equipo técnico y humano necesario para la atención del parto y el *postparto*. Motivo por el cual, las mujeres derechohabientes del *Instituto Mexicano del Seguro Social* o del *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* a menudo recurren a sus propios recursos para buscar atención en instituciones de salud privadas, con la esperanza de recibir una mejor atención, donde se les garantice ese trato profesional y humano para ella y su *neonato*.

En el ámbito laboral, las madres pueden enfrentar discriminación por parte de sus empleadores, lo que les causa incomodidad y estrés al tener que cumplir sus tareas laborales en condiciones de descuido o maltrato, todo ello mientras asumen la nueva responsabilidad de dar vida a un nuevo ser.

Mujeres en labor de parto que han sido víctimas de violencia obstétrica con frecuencia no tienen acceso a la justicia, a pesar de que la ley reconoce estas conductas y establece sanciones para las personas físicas o morales involucradas. Por lo tanto, es deber de toda institución de salud y su equipo humano cumplir de manera profesional su función, so pena de enfrentar las sanciones administrativas, así como las penales establecidas en el contexto normativo existente.

El derecho penal se concibe como el conjunto de normas jurídicas que definen las conductas consideradas como delictivas, las cuales deben estar adecuadamente tipificadas en los códigos penales de cada entidad federativa, en el *Código Penal Federal*, o en leyes especiales. Estas conductas delictivas están asociadas a una sanción, que puede adoptar la forma de una pena o medida de seguridad. Dichas sanciones deben ser impuestas por el Estado en ejercicio de su poder punitivo, después de haber seguido un proceso judicial adecuado y tras garantizar el respeto al debido proceso. Además, el sistema penal contempla la terminación anticipada del juicio o soluciones alternativas, siempre bajo un estricto respeto a los derechos humanos. En este contexto, es el órgano jurisdiccional quien, después de evaluar el caso y considerar las pruebas pertinentes, decide de manera justa la imposición de la sanción correspondiente. Este proceso asegura que el castigo sea proporcional al delito cometido y que se preserven los principios fundamentales de la justicia, la equidad y los derechos humanos de todos los involucrados.

En este marco de legislación y justicia, es esencial que el Estado también atienda áreas específicas de la vida social, como la protección de los derechos reproductivos de las mujeres, particularmente en lo relacionado con la atención al parto. La legislación en este campo debe ir más allá de la simple regulación médica, incorporando medidas que garanticen la seguridad y el bienestar de las mujeres durante todo el proceso de embarazo y parto. Es fundamental que se establezcan normativas de atención que aseguren una atención de calidad, libre de violencia obstétrica, y que

las mujeres reciban el cuidado adecuado para prevenir riesgos tanto para ellas como para sus hijos. Además, debe existir una regulación clara para sancionar a los profesionales de la salud que no cumplan con las normativas establecidas, asegurando que cualquier infracción sea debidamente castigada y, cuando sea necesario, se ofrezca reparación a las víctimas. La implementación efectiva de estas leyes debe contar con mecanismos de supervisión y control, y ser acompañada de políticas públicas que promuevan una cultura de respeto y dignidad en la atención del parto, protegiendo así los derechos fundamentales de las mujeres.

Es indiscutible que queda mucho por hacer y trabajar, tanto por parte del Estado como de los ciudadanos. Aunque desde la educación básica se inculca a los estudiantes el respeto por la protección de la salud y el acceso a la seguridad social, no se percibe una satisfacción total en la atención del parto. Se requiere un esfuerzo continuo y concertado para mejorar la calidad de estos servicios, con el fin de garantizar que todas las mujeres reciban la atención humana y legal que merecen.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento por la motivación que hemos compartido como coautores, lo cual nos ha permitido desarrollar y fortalecer nuestras habilidades investigativas en el campo de la investigación. Asimismo, queremos reconocer a nuestros estudiantes, quienes nos inspiran a superarnos cada día y a contribuir de manera significativa a la sociedad a través de la producción, difusión y comunicación de conocimiento científico.

Referencias

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (16 de febrero de 2024). *CNDH México, defendemos al pueblo*. <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-la-salud-0#:~:text=Derechos%20humanos,-%C2%BFcu%C3%A1les%20son%3F&text=Toda%20persona%20tiene%20derecho%20a,%2C%20profesionales%2C%20id%C3%B3neas%20y%20responsables>.

- Código Familiar del Estado de Sinaloa. (11 de agosto de 2023). Culiacán, Sinaloa, México. <https://www.congresosinaloa.gob.mx/leyes-estatales/>
- Código Penal del Estado de Sinaloa. (12 de Febrero de 2024). Culiacán, Sinaloa, México. <https://www.congresosinaloa.gob.mx/leyes-estatales/>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (22 de marzo de 2024). Diario Oficial de la federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Diccionario prehispánico del español jurídico. (2023). *dpej.rae.es*. <https://dpej.rae.es/lema/ordenamiento-jur%C3%ADdico>
- García Máynez, E. (2012). *Introducción al estudio del Derecho*. Ciudad de México, México: Porrúa.
- Gutiérrez Aragón, R., & Ramos Verastegui, R. M. (2002). *Esquema fundamental del Derecho Mexicano* (15 ed.). Ciudad de México, México: Porrúa.
- J.J.Santonja, L. (1998). Fisiología del parto 1. *Universidad de Valencia*, 1.
- Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Sinaloa. (13 de diciembre de 2023). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley de asistencia social. (01 de Abril de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Sinaloa. (13 de diciembre de 2021). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley del Instituto Nacional de las Mujeres. (20 de Mayo de 2021). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley del Seguro Social. (30 de Abril de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley Federal del Trabajo. (04 de Abril de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley general de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia. (enero de 26 de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (04 de diciembre de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

- Ley General de Salud. (01 de abril de 2024). Ciudad de México, México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Secretaría de Gobernación. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.* (abril de 07 de 2016). Ciudad de México, México. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- Secretaría de Gobernación. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.* (7 de abril de 2016). Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Secretaría de Gobernación. Norma técnica para la atención del parto. (s.f.). Colombia: Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>
- Secretaría de Salud. (20 de Agosto de 2015). *Gobierno de México.* [https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705#:~:text=August%2020%2C%202015,Las%20Normas%20Oficiales%20Mexicanas%20\(NOM\)%20son%20regulaciones%20t%C3%A9cnicas%20de%20observancia,las%20personas%20o%20da%C3%B1ar%20la](https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705#:~:text=August%2020%2C%202015,Las%20Normas%20Oficiales%20Mexicanas%20(NOM)%20son%20regulaciones%20t%C3%A9cnicas%20de%20observancia,las%20personas%20o%20da%C3%B1ar%20la)

Síntesis curricular de autores y coautores

Alma Leticia Zamora Villegas. Licenciada en Enfermería (2003-2007), Maestría en Tecnología Educativa (2010-2012). Doctorado en Ciencias de la Educación, actualmente en curso en la Universidad Autónoma de Sinaloa. Participante del Programa de Becas de Posgrado y Apoyo a la Calidad del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT). Desde 2008 se desempeña como Maestra Asignatura “B” en la Unidad Académica Facultad de Enfermería Mochis. Imparte las unidades de aprendizaje *Propedéutica en Enfermería y Fundamentos de Enfermería*, así como instructora de la práctica clínica. Ha coordinado e impartido unidades de aprendizaje en la modalidad virtual dentro del programa de Licenciatura en Enfermería B-Learning durante los años 2012 al 2015. Actúa como asesora disciplinar de las unidades de aprendizaje que facilita. Asesora proyectos educativos de Servicio Social, así como investigaciones del Verano DELFIN y del *Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos*. Enfermera clínica del *Instituto Mexicano del Seguro Social* en la HGP#2. Actualmente es coordinadora de *Certificación del Estado de Sinaloa de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de Recursos Humanos en Salud*, durante el periodo 2023-2025.

Celenne Judith Mariscal de Dios. Doctora en Derecho y Maestra en Derecho, Licenciada en Derecho. Profesora-Investigadora de Tiempo Completo, Titular C, en la Facultad de Derecho Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa. Cuenta con Perfil PRODEP y es Miembro del *Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos* (SSIT, Nivel Investigadora).

Clarissa Guadalupe Armenta López. Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis (2016-2020). Estudiante de Maestría en Ciencias en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis, en la línea de investigación Determinantes Sociales en Salud y Curso de Vida, la cual pertenece a la categoría 1 del *Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías* (CONAHCyT). *Miembro de Sigma Theta Tau Internacional*, Sociedad de Honor de Enfermería, Capítulo Tau Alpha.

Dora Aida Valenzuela Maro. Licenciada en Enfermería y Obstetricia, con una Maestría en Creatividad e Innovación Educativa. Diplomada en: *Proceso de Atención en Enfermería del Adulto Mayor con Diversas Patologías, Tanatología y Diplomado en Tutorías. Certificación como Facilitadora del Envejecimiento Exitoso* (10 de agosto de 2022 al 20 de julio de 2023). Participa como Asesora certificada de Servicio Social desde 2012. Asesora disciplinar de la *Unidad de Aprendizaje de Enfermería de la Madre y el Recién Nacido. Miembro activo de la línea de investigación y grupo disciplinar en Educación, Multiculturalidad y Ciencias Sociales*, área de trabajo Educación, Humanidades y Arte , así como miembro activa de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de Recursos Humanos en Salud, S.C. , durante el periodo 2023-2025.

Janeth Yolanda Gastélum Urquidy. Doctora y Maestra en Ciencias de la Educación, Licenciada en Derecho. Profesora-Investigadora de Tiempo Completo, Asociada D, de la Facultad de Derecho y Ciencia Política Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Cuerpo Académico CA-UAS-356 Estudios Socioculturales, Políticos e Instituciones , y Miembro del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos (SSIT, Nivel Investigadora). E-mail: janethgastelum@uas.edu.mx , ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7605-295X> .

José Alberto Ortega Campos. Licenciado en Derecho por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), Maestría en Educación con Énfasis en Evaluación Institucional por la Universidad Veracruzana (UV). Doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad Indígena de México (UAIM). Profesor e Investigador de Tiempo Completo en la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la UAS, Unidad Regional Norte. Miembro del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos . Integrante del Cuerpo Académico UAS-CA-356 *Estudios Socioculturales, Políticos e Instituciones*, y candidato al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel II por el *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)*. E-mail: josealbertoortegacampos@hotmail.com , ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8919-0677> .

José Rafael Ortega Luna. Licenciado en Derecho por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). *Maestría en Derecho Procesal Penal, Acusatorio y Oral* por el Instituto Estatal de Ciencias Penales y Seguridad Pública

del Estado de Sinaloa (IECPSP). Doctor en *Derecho Procesal por el Centro Universitario de Ciencias e Investigación (CUCI)*. Profesor e Investigador de Tiempo Completo en la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la UAS, Unidad Regional Norte. E-mail: rafaelortega@uas.edu.mx . ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5973-9444> .

Leonel Alfredo Valenzuela Gastélum. Licenciado en Derecho, Maestro en Ciencias Penales y Doctor en Derecho Procesal. Profesor-Investigador de Tiempo Completo, adscrito a la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Maestro tutor. Asesor de servicio social universitario. Asesor de tesis. Ponente en congresos nacionales e internacionales. Producción académica en las líneas de investigación Ciencias Jurídicas, Forenses y Derechos Humanos . Actualización disciplinar y pedagógica constante. Miembro del grupo disciplinar Estudios en Ciencias Jurídicas, Forenses y Derechos Humanos .

Liliana Echavarría Ardizoni. Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis (2014-2018). Estudiante de Maestría en Ciencias en Enfermería por la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Mochis, en la línea de investigación *Determinantes Sociales en Salud y Curso de Vida*, categoría uno por el *Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT)*. *Miembro de Sigma Theta Tau Internacional*, Sociedad de Honor de Enfermería, Capítulo Tau Alpha. Participación como ponente en congresos de investigación internacional y nacional en modalidad cartel, además de haber realizado estancia de investigación nacional.

Luis Felipe Bernal Hernández. Doctor en Ciencias Sociales. Especialista en estudios sociopolíticos y culturales. Analista y Consultor político. Profesor-Investigador de Tiempo Completo, Titular C, de la Facultad de Derecho y Ciencia Política Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. Líder del Cuerpo Académico CA-256 Estudios Socioculturales, Políticos e Instituciones . Miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras (SNI nivel II-C), y del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos (SSIT, Nivel Investigador Honorífico)

Luis García Valenzuela. Profesor-Investigador de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Derecho y Ciencia Política, Unidad Regional Norte. Miembro del Sistema Nacional de In-

investigadores (SNI). *Miembro del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos*. Integrante del Cuerpo Académico UAS-CA-356 *Estudios Socio-culturales, Políticos e Instituciones*. Editor en Jefe de la revista científica *BUIYYA TIERRA* y Coordinador del *Congreso Internacional de Cuerpos Académicos Interdisciplinarios*.

Mónica del Socorro Macarena Padilla. Licenciada en Enfermería y Obstetricia, con una *Maestría en Creatividad e Innovación Educativa* y *Doctorado en Estudios Sociales*. Diplomada en: *Proceso de Atención en Enfermería del Adulto Mayor con Diversas Patologías, Tanatología* y *Diplomado en Tutorías*. Participa como Asesora certificada de Servicio Social desde 2012. Asesora disciplinar de la *Unidad de Aprendizaje de Enfermería de Familia y Comunidad* y *Farmacología en Enfermería*. Líder del grupo disciplinar *Educación, Multiculturalidad y Ciencias Sociales* en las áreas de trabajo *Educación, Humanidades y Arte*. Directora de tesis de la Facultad de Enfermería Mochis, miembro del catálogo de investigación del programa DELFIN. Así como miembro activa de la *Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeros Formadores de Recursos Humanos en Salud, S.C.*, durante el periodo 2023-2025.

Narce Dalia Reyes Pérez. Docente de Tiempo Completo, participa en los programas de Licenciatura, Maestría y Doctorado en Enfermería en la Facultad de Enfermería Mochis (FEM) por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Participa en los programas DELFIN, CONFÍE y es Candidata al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel II por el *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONAHCYT)*. Es miembro de los comités de: ética, revisión de tesis e investigación. Es integrante del cuerpo académico consolidado: *Determinantes Sociales y Curso de la Vida*. Ha realizado divulgación del conocimiento a través de estudios, proyectos e intervenciones de investigación mediante ponencias nacionales e internacionales, y la publicación en libros, capítulos de libros y revistas científicas. Enfermera Jefa de Servicio por el *Hospital IMSS Bienestar Los Mochis* desde hace 29 años, con experiencia como licenciada en enfermería y obstetricia, enfermera especialista en pediatría y gestión de los servicios y organizaciones de salud.

Octavio Martínez Cázarez. Doctor en Derecho por el Instituto de Estudios Superiores en Derecho Penal, Máster en Derecho con Especia-

lización en Litigación Oral por la *University of California Western School of Law* en San Diego, California. Licenciado en Derecho por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Profesor-Investigador de Tiempo Completo, actualmente Director en la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Línea de investigación: *Ciencias Jurídicas, Forenses y Derechos Humanos*. Ponente en congresos nacionales e internacionales. Publicación de artículos científicos. Miembro del grupo disciplinar Estudios en Ciencias Jurídicas, Forenses y Derechos Humanos .

Oswaldo Acosta Cervantes. Profesor e Investigador de Tiempo Completo, Titular B, Licenciado en Derecho por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), Maestro en Juicios Orales en el Procedimiento Adversarial Acusatorio por la Universidad Autónoma de Occidente, Doctor en *Derecho Procesal por el Centro Universitario de Ciencias e Investigación*. Participa en la Licenciatura en Derecho en la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Unidad Regional Norte, y en la Maestría en Amparo del Centro Universitario de Ciencias e Investigación. Ha dirigido diversas tesis de la Universidad Autónoma de Occidente y es tutor certificado de apoyo a estudiantes en situación de vulnerabilidad. E-mail: oswaldocosta@uas.edu.mx . ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6631-9886> .

Perla Murua Guirado. Maestra en Ciencias en Enfermería por la Facultad de Enfermería Mochis. Ha realizado estancias de verano de investigación por el programa DELFIN y la *Academia Mexicana de Ciencias*. Asesora en trabajos de investigación de pasantes de servicio social de enfermería y codirectora de tesis de médicos residentes de las especialidades de ginecología y anestesiología. Ha participado como revisora de artículos de la revista *SANUS*. Ponente en congresos de investigación internacional y nacional en modalidad oral y cartel, además de dentro de las jornadas de educación continua del *Hospital IMSS Bienestar Los Mochis*. En su práctica como enfermera asistencial en el *Hospital IMSS Bienestar Los Mochis* y docente de práctica clínica por la Universidad de Los Mochis.

Roberto Joel Tirado Reyes. Licenciado en Enfermería y Obstetricia, Maestro en Ciencias de Enfermería y Doctor en Educación. Actualmente se desempeña como Profesor-Investigador en la Facultad de

Enfermería Culiacán (UAS), coordina el Programa de Maestría en Enfermería y es Editor en Jefe de la Revista RECIE. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores en nivel candidato y especialista en Medicina de Familia en el IMSS, donde también es Investigador Candidato y tutor institucional de posgrado. Ha publicado más de cuarenta artículos en revistas indexadas, enfocados en la gestión y educación del cuidado.

Teresita Lugo Castro. Doctora en Derecho Procesal, Maestra en Ciencias Penales y Licenciada en Derecho. Profesora-Investigadora de Tiempo Completo, adscrita a la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Tutora. Asesora de servicio social. Directora de tesis de Licenciatura y Maestría. Coordinadora de Diplomados. Divulgadora del conocimiento en congresos nacionales e internacionales. Producción académica en las líneas de investigación Ciencias Jurídicas, Forenses y Derechos Humanos. Integrante del comité editorial de la revista *Praxis* de la Dirección General de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa. *Miembro del Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos* (SSIT, Nivel Investigadora). Líder del grupo disciplinar Estudios en Ciencias Jurídicas, Forenses y Derechos Humanos.

Estudios sociojurídicos y cuidados de la salud en mujeres gestantes, neonatos, obstetricia y medicina tradicional.

Se terminó de imprimir en diciembre de 2024

en los talleres de Astra Ediciones

Av. Acueducto No. 829

Colonia Santa Margarita, C. P. 45140

Zapopan, Jalisco, México.

33 38 34 82 36

E-mail: edicion@astraeditorial.com.mx

www.astraeditorialshop.com

Impresión digital con interiores en papel bond de 75 g.

El tiraje consta de 300 ejemplares

El libro contiene ocho capítulos que atañen las cuestiones que rodean la atención a la salud de la mujer gestante; desde la partería, cuidados tradicionales como medicina herbolaria y normativa para estas prácticas.

Los significados para las mujeres sobre la partería aluden a experiencias y vivencias, que, al decir de las participantes en esta obra, la partera ha acompañado a la mujer en uno de los momentos más importantes de sus vidas y es vista como una figura sabia y de valor para la comunidad, debido a su capacidad para brindar cuidados a la madre y al recién nacido, además de dar apoyo emocional durante el proceso de gestación y parto.

ISBN: 979-13-87631-33-8



9 791383 167133 8



Consulta y descarga

