



## **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL PRIMER PÁRRAFO Y LA FRACCIÓN I Y SE ADICIONA LA FRACCIÓN I TER AL ARTÍCULO 61 DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PARTO HUMANIZADO.**

Quien suscribe, **Dr. Ricardo Monreal Ávila**, senador de la República e integrante del Grupo Parlamentario de Morena en la LXV Legislatura de la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por los artículos 8, numeral 1, fracción I y 164 del Reglamento del Senado de la República, someto a la consideración de esta Honorable Asamblea la siguiente **Iniciativa con proyecto de decreto por que se reforma el primer párrafo y la fracción I y se adiciona la fracción I Ter al artículo 61 de la Ley General de Salud en materia de parto humanizado** ; al tenor de la siguiente:

### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

#### **I. ARGUMENTACIÓN**

##### **1. Parto respetado y humanizado**

La experiencia de la maternidad y paternidad conlleva una evolución física, psicológica, social y biológica, de tal profundidad que genera diversos movimientos en la persona que lo vive, el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la mujer o persona gestante en el periodo prenatal o bien perinatal se mantiene latente, puesto que no hay que pasar por alto todas las particularidades que afronta esta, ante el hecho de dar vida a un ser humano.

La atención sanitaria al parto debe ser una prioridad puesto que en este evento se habla de diversas esferas jurídicas, la de la madre o persona gestante, el padre y la persona recién nacida. Ahora bien, si asumir la maternidad puede constituir una labor titánica, el nacimiento de la persona recién nacida, suele ser un evento de gran relevancia en ambas vidas, ofrecer un trato digno y respetuoso debe ser una realidad. La forma de procurar lo que antecede, evidentemente se materializará a través de la adopción de medidas legislativas tendientes a proteger los derechos humanos de madres, personas gestantes, padres y de los recién nacidos.

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia<sup>1</sup> (UNICEF), el parto respetado o humanizado *hace referencia el respeto a los derechos de las madres, los niños y niñas y sus familias en el momento del nacimiento. Promueve el respeto a las particularidades de cada familia - etnia, religión, nacionalidad - , acompañándola a través de la toma de decisiones seguras e informadas*, así mismo este modelo de atención implica propiciar un espacio familiar donde la mamá, persona gestante y la persona recién nacida sean los protagonistas y el nacimiento se lleve a cabo de la manera más natural posible, de acuerdo a los deseos de los padres para el alumbramiento, esto siempre y cuando existan condiciones de salud que así lo permitan.

La Organización Mundial de Salud<sup>2</sup> (OMS) refiere que *la creciente medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y solo debe intervenir cuando haya complicaciones*. Aproximadamente cada año 140 millones de mujeres y personas gestantes dan a luz<sup>3</sup>, la gran mayoría de estos partos se dan sin complicación alguna, no obstante la en los últimos 20 años se ha observado una creciente ola de medicalización innecesaria puesto que este evento se ha dejado de observar como un proceso natural en donde se dejan de lado las decisiones de la madre, imponiendo prácticas que suelen afectar su derechos a la salud, sexual y reproductiva.

Asimismo, la OMS postula que cada nacimiento es único y diferente, que la duración del parto depende de las características de cada mujer por lo que los estándares médicos que se han implementado no deben mantenerse en cada caso.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Argentina, Semana Mundial del Parto Respetado, *Una cuestión de derechos*. Disponible en: <http://bit.ly/3ZxWOOH>. Fecha de consulta: 7 de marzo de 2023.

<sup>2</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU), Noticias ONU, *Por que la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos*. Disponible en: <http://bit.ly/3IQSnHE>. Fecha de consulta: 7 de marzo de 2023.

<sup>3</sup> *Ibidem*

<sup>4</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU), Noticias ONU, *Por que la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos*. Disponible en: <http://bit.ly/3IQSnHE>. Fecha de consulta: 7 de marzo de 2023.

Con base en lo anterior podemos deducir que la atención sanitaria al parto es vital para la experiencia que esta acarrea. A propósito de esto, la propia OMS<sup>5</sup> emitió una guía de recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar, a saber:

**Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva<sup>6</sup>**

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
<b>Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento</b>		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendación específica en función del contexto
<b>Período de dilatación</b>		

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Recomendaciones de la OMS, para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Disponible en: <https://bit.ly/41U6jZY>. Fecha de consulta: 7 de marzo de 2023.

<sup>6</sup> Idem.

Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación	<p>5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsiguientes</li> <li>— El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsiguientes</li> </ul>	Recomendado
Duración del período de dilatación	<p>6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsiguientes.</p>	Recomendado
Progreso del período de dilatación	<p>7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.</p> <p>8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante todo la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.</p>	<p>No recomendado</p> <p>No recomendado</p>
	<p>9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.</p>	No recomendado

Política de ingreso en la sala de parto	10. Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
	13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	Recomendado
Rasurado púbico o perineal	14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	19. Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20. Los opioides de administración parenteral, como fentanyl, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado

Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23.	No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	No recomendado
Líquido y alimentos por vía oral	24.	Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25.	Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.	Recomendado
Limpieza vaginal	26.	No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones.	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27.	No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Amniotomía de rutina	28.	No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto.	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29.	No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30.	No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.	No recomendado
Antiespasmódicos	31.	No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32.	No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.	No recomendado
<b>Período expulsivo</b>			
Definición y duración del período expulsivo	33.	<p>Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.</li> <li>— Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.</li> </ul>	Recomendado

Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34.	Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentarla adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35.	Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de suelección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36.	Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37.	En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante unaa dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	38.	En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Política para la episiotomía	39.	No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión del fondo uterino	40.	No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
<b>Alumbramiento</b>			
Uterotónicos profilácticos	41.	Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento.	Recomendado
	42.	La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).	Recomendado
	43.	Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg).	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44.	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.	Recomendado

Tracción controlada del cordón (TCC)	45.	Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.	Recomendado
Masaje uterino	46.	No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.	No recomendado
<b>Atención del recién nacido</b>			
Aspiración nasal u oral de rutina	47.	En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.	No recomendado
Contacto piel con piel	48.	Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.	Recomendado
Lactancia	49.	Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50.	Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).	Recomendado
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51.	El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.	Recomendado
<b>Atención de la mujer tras el nacimiento</b>			
Evaluación del tono muscular del útero	52.	Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53.	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.	No recomendado



Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54.	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55.	Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56.	Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.	Recomendado

## **2. Derecho a la salud, sexual y reproductiva, interés superior de la niñez y consentimiento informado.**

El personal del sector salud, tanto público como privado, tiene entre sus objetivos prestar servicios e intervenciones de calidad a las personas que van a atenderse por alguna cuestión de salud física o mental. Sin embargo, es necesario que las personas que buscan ser atendidas en dichos servicios, tengan información oportuna, adecuada y comprensible para poder aceptar o rechazar servicios e intervenciones, por lo que el consentimiento de una persona debe ser respetado y acatado por la institución de salud y su personal.

De esa forma, el consentimiento debe tener como base la información, porque desde que el o la paciente acude a su primera consulta hasta la dada de alta, transcurre por un proceso que sin lugar a duda va a afectar o a beneficiar a su vida.

Por lo tanto, el consentimiento informado se vincula directamente con la dignidad, además de ser es uno de los mecanismos para hacer valer los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.

El consentimiento informado sobre la salud, sexual y reproductiva tendrá como objetivo garantizar a las personas usuarias de los servicios de salud que su toma



de decisiones sea la correcta, pero sobre todo que se haga de manera libre, informada y responsable y que esa información de índole sanitaria sea comprensible y accesible.

En caso de que la información carezca o sea omisa a los requerimientos del párrafo anterior, se estarían vulnerando derechos humanos esenciales para la salud sexual y reproductiva, tales como el derecho a la protección de la salud, a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos consagrado, además de velar con el principio del interés superior de la niñez, derechos que están consagrados en el artículo cuarto constitucional.

“Artículo 4.- ...

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

...

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.”<sup>7</sup>

Asimismo, el derecho al consentimiento informado del paciente, establecido en el artículo 51 Bis 2 de la Ley General de Salud (LGS)<sup>8</sup>, establece que el consentimiento informado, que constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto desde la perspectiva de la libertad individual como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud. Dicho consentimiento debe ser la conformidad expresa de una persona, manifestada por escrito, para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud.

---

<sup>7</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <https://bit.ly/3SV3mo6> Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.

<sup>8</sup> Ley General de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3Zs4CSb> Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.

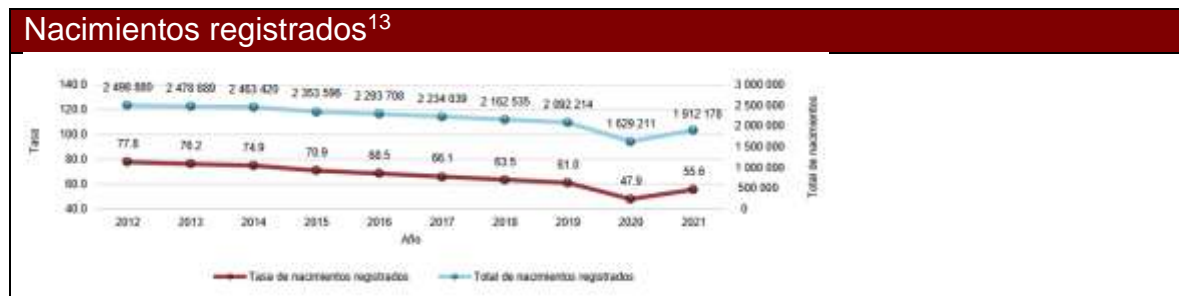
En materia de protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, el artículo 61 de la LGS señala que este abarca desde el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.<sup>9</sup>

El artículo 63 de la misma ley señala que la protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, además del Estado y la sociedad en general.<sup>10</sup>

Por su parte, el artículo 64 Bis 1 de la LGS señala que las mujeres embarazadas deben recibir atención expedita con independencia a su afiliación institucional o no institucional.<sup>11</sup>

### Datos estadísticos de relevancia (sobre nacimientos)

Por otra parte, sobre el tema de los nacimientos en nuestro país, el INEGI<sup>12</sup> reveló que 1, 912, 178 nacimientos fueron registrados durante el 2021, asimismo, destacó que estos nacimientos representaron un aumento de 17.4 % respecto a los registrados en el 2020.



<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> Idem.

<sup>11</sup> Idem.

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de Nacimientos Registrados 2021. Fecha del comunicado 21 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3mrQDx0> Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.

<sup>13</sup> Idem.

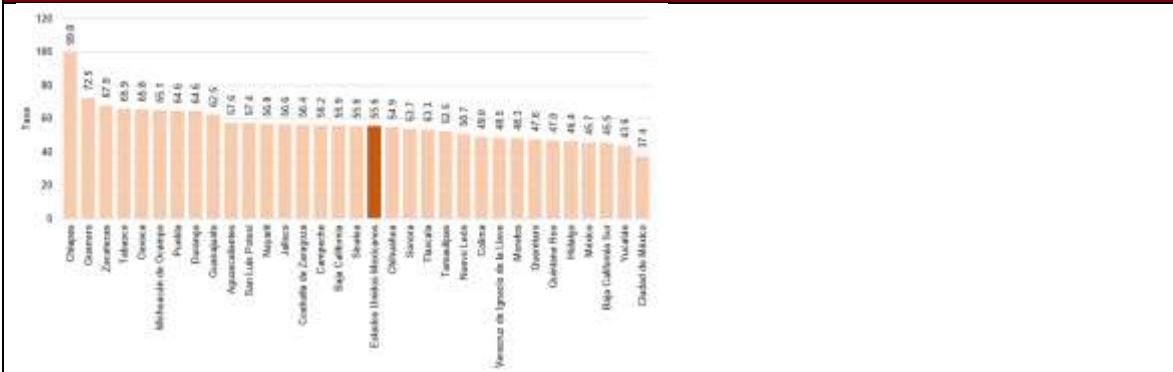
De las personas registradas, el 83.2 % obtuvo su acta de nacimiento antes de cumplir un año, mientras que 16.8 % tenía un año o más al momento del registro.

El 51.4% de los nacimientos registrados correspondió a madres quienes al momento del nacimiento tenían entre 20 y 29 años.

La tasa de nacimientos registrados en 2021, por cada mil mujeres en edad reproductiva, fue de 55.6.

Asimismo, las entidades federativas con las mayores tasas fueron Chiapas, con 99.8 por ciento; Guerrero, con 72.5 por ciento, y Zacatecas, con 67.9 por ciento. En contraste, las entidades que reportaron menores tasas fueron la Ciudad de México, con el 37.4 por ciento; Yucatán, con el 43.6 por ciento, y Baja California Sur, con el 45.5 por ciento.

**Tasa de nacimientos registrados por entidad federativa por cada 1 000 mujeres en edad reproductiva (2021)<sup>14</sup>**



En cuanto a los meses en que se suscitaron los nacimientos registrados, según el mes de ocurrencia tuvieron un promedio mensual de 7.7 por ciento. Septiembre tuvo el mayor número de casos, con 184 323 registros (9.6 %).

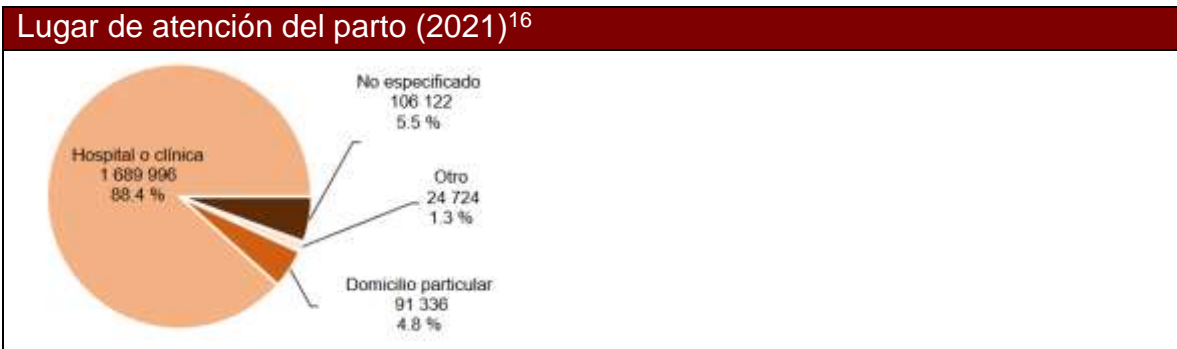
**Nacimientos registrados (2021) según mes de ocurrencia<sup>15</sup>**

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> Idem.



Respecto al lugar donde se atendió el parto, el hospital o clínica fue el lugar en donde se atendió la mayoría de los partos, ya que, de los 1 912 178 casos, 1 689 996 (88.4 %) ocurrieron en ellos. En domicilio particular se atendieron 91 336 partos (4.8 %).



Por lo que respecta a los niveles de escolaridad que más reportaron las madres al momento del registro fueron secundaria o equivalente, con 660 154 casos (34.5 %) y preparatoria o equivalente, con 475 821 casos (24.9 %). Mientras que, las mujeres profesionales alcanzaron 270 mil 378 nacimientos, 14.1 por ciento de los casos.

En cuanto a la situación laboral de las madres, el 60.3 % (1 152 255) de ellas declaró no trabajar al momento del registro, el 32.8 % (628 091) reportó que sí lo hacía y 6.9 % (131 832) no especificó su condición de actividad.

**Datos estadísticos de relevancia (número de incidencias de violencia obstétrica e índice de cesáreas realizadas)**

<sup>16</sup> Idem.

Respecto al número de incidencias de violencia obstétrica e índice de cesáreas realizadas, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 del INEGI<sup>17</sup>, revela que entre el 2016 y 2021 de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea el 33.4 % experimentó maltrato en la atención obstétrica durante la cesárea y 29.6 % en el parto.

De misma forma, el 19.5 % de las mujeres que tuvo cesárea vivió maltrato psicológico y/o físico y al 23.7 % se le realizó tratamiento médico no autorizado. Asimismo, de las mujeres que tuvieron un parto, 22.0 % dijeron haber sufrido maltrato psicológico y/o físico y al 16.9 % se le practicó tratamiento médico sin su autorización.

**Prevalencia de maltrato obstétrico entre las mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos cinco años, por tipo de situación de maltrato, según tipo de nacimiento<sup>18</sup>**



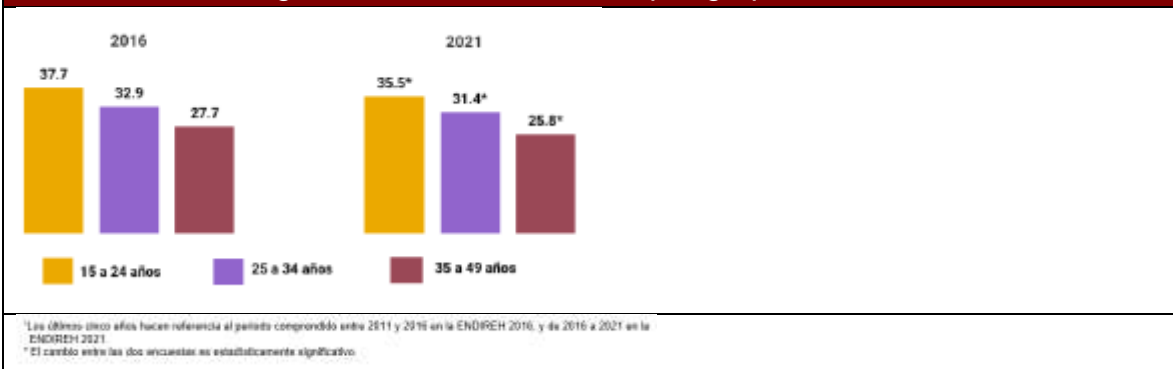
De acuerdo con la ENDIREH, se menciona que de las mujeres de entre 15 a 24 años tuvieron un parto en los últimos cinco años, y el 35.5 % reportó haber vivido mayor prevalencia de maltrato en la atención obstétrica.

Por su parte, las mujeres de entre 25 a 34 años fue de un 31.4 %, mientras que las de 35 años y más fue del 25.8 %. Por otra parte, es importante destacar que, los porcentajes reportados en la ENDIREH 2021 son menores a los de la edición pasada de 2016.

<sup>17</sup> Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Comunicado de prensa del 30 de agosto de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3l0VLYt> Fecha de consulta: 7 de marzo de 2023.

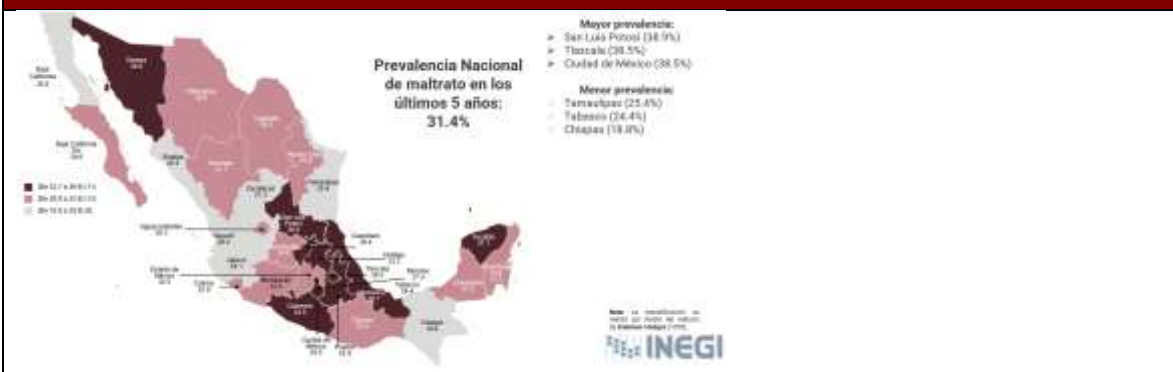
<sup>18</sup> Idem.

**Prevalencia de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su último parto en los últimos 5 años, según condición de maltrato por grupos de edad<sup>19</sup>**



En cuanto al reporte de mujeres que vivieron maltrato en la atención obstétrica por entidad federativa, el mayor porcentaje, se sitúa en San Luis Potosí con el 38.9%, Tlaxcala con el 38.5% y Ciudad de México con el 38.5%. Mientras que los menores índices se registraron en Tamaulipas con el 25.4%, Tabasco con el 24.4% y Chiapas con el 18.8%.

**Prevalencia de maltrato en la atención obstétrica contra las mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos 5 años por entidad federativa<sup>20</sup>**



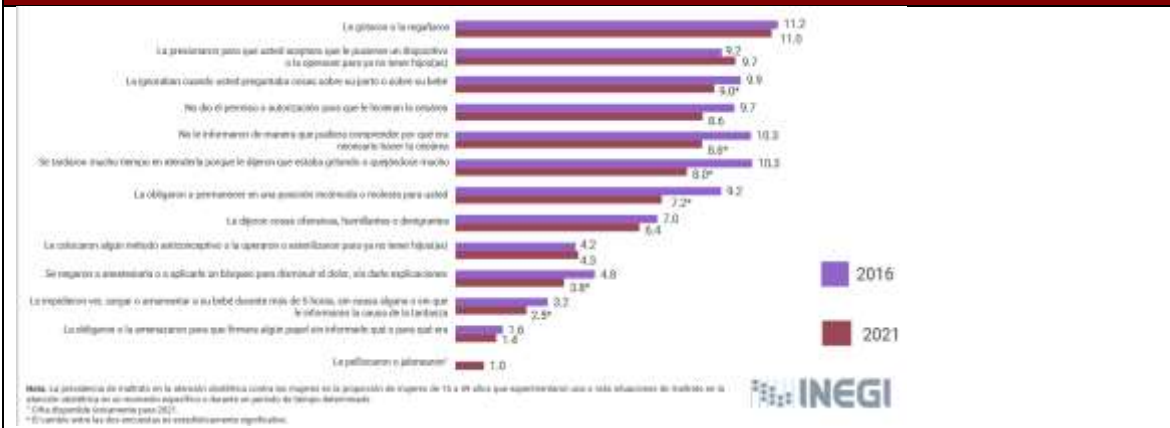
La ENDIREH dejar ver algunos hechos de violencia obstétrica, que entre las cinco con mayor frecuencia, en el 2021, se encuentran el de gritarles o regañarlas al

<sup>19</sup> Idem.

<sup>20</sup> Idem.

momento del parto con un 11.0 por ciento, la presionaron para colocarle un dispositivo para no tener más hijos con un 9.7 por ciento, ignorarlas cuando preguntan dudas sobre su embarazo o su bebé con un 9.0 por ciento, no dio el permiso para que le realizaran la cesárea con un 8.6 por ciento, al 8.6 por ciento no le informaron de manera que pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea.

**Prevalencia de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron el nacimiento de un hijo/a en los últimos 5 años por situación de maltrato durante el parto o cesárea y año de la encuesta<sup>21</sup>**



**Datos estadísticos de relevancia sobre los beneficios de tener una parto humanizado y respetado.**

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presenta datos de mujeres de 15 a 49 años con embarazo reciente en materia de parto respetado en México (de enero de 2013 a octubre de 2018)<sup>22</sup>:

- Al 53% de los partos son vaginales, 45% son cesáreas y 2% no sabe,
- A el 85% (7.4 millones) le explicaron cómo darle leche materna o pecho al bebé,

<sup>21</sup> Idem.

<sup>22</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI Informa. @INEGI\_INFORMA. Disponible en: <https://bit.ly/3mulfXQ> Fecha de consulta: 6 de marzo de 2023.



- Al 79% (6.9 millones) le pusieron al bebé en contacto directo con su piel, en el pecho,
- Al 65% (5.7 millones) le recomendaron algún método anticonceptivo,
- Al 26% (2.4 millones) no se le ofrecieron, para cuando terminara su embarazo,
- Al 60% (5.6 millones) no le ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental; y
- Al 7% no le realizaron algún ultrasonido.



Como fue señalado, la OMS emitió las ya referidas cincuenta y seis recomendaciones en materia de cuidados para la mujer durante el parto, que abarcan pautas de atención durante el período de dilatación, el período expulsivo y

el alumbramiento, así como sobre la atención inmediata que deben recibir la persona recién nacida y la mujer después del parto.<sup>23</sup>

A la luz de este nuevo modelo de atención es posible afirmar que un parto humanizado implica garantizarle a la madre un trato digno y respetuoso, que salvaguarde su confidencialidad y privacidad. Además, debe haber comunicación entre el personal de salud y la mujer embarazada, así como brindar apoyo antes y durante el trabajo de parto; permitir que la mujer es estado participe en la toma de decisiones; informarle a la madre de cómo darle leche materna o pecho al bebé; poner en contacto al bebé en contacto directo con su madre; decirle a la paciente que la etapa latente del parto varía de una mujer a otra; entre otras.

### **3. Derecho comparado y políticas públicas que han adoptado otros Estados**

Como se ha descrito con anterioridad, el parto humanizado se refiere a un enfoque de atención al parto que prioriza la fisiología del parto y el bienestar de la madre y la persona por nacer, al mismo tiempo que promueve la participación activa de la mujer en el proceso de dar a luz.

Las leyes y regulaciones relacionadas con el parto humanizado varían según el país y, en algunos casos, según la región o el estado dentro del país. A continuación, se referirá una breve descripción de las leyes y regulaciones relacionadas con el parto humanizado en algunos países.

En España, por ejemplo, la atención al parto está regulada por el Ministerio de Sanidad. Aunque no hay una ley específica sobre el parto humanizado, existe una guía de buenas prácticas que se aplica en los hospitales y centros de salud. La guía establece que las mujeres deben tener derecho a recibir atención individualizada y respetuosa durante todo el proceso de parto, y se deben respetar sus decisiones en cuanto a la posición y el lugar del parto, entre otras cosas<sup>24</sup>. La reglamentación en la cual se basa esta guía es la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, que regula la

---

<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Disponible en: <https://bit.ly/2HCXL2E> Fecha de consulta: 7 de marzo de 2023.

<sup>24</sup> Gobierno de España. Instituto de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento, estrategia de atención al parto normal. Disponible en: <https://bit.ly/3IYVn4D> Fecha de consulta 07 d marzo, 2023.

autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>25</sup>.

Por otro lado, Argentina, cuenta con dos marcos legales, el primero de tipo sanitario, en el que el tema de la humanización del parto se reguló por medio de la Ley 25.929<sup>26</sup> de 2004, sobre derechos de los padres y de la persona recién nacida; esta Ley establece en su artículo 2° los derechos que tiene toda mujer respecto a su embarazo, trabajo de parto, parto, y post-parto, las cuales son

**a)** A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas;

**b)** A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales;

**c)** A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto;

**d)** Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer;

**e)** A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales;

**f)** A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética;

**g)** A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto;

---

<sup>25</sup> BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <http://bit.ly/3yg8tWv> Fecha de consulta: 07 de marzo, 2023

<sup>26</sup> Presidencia de la Nación, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Ley N° 25.929 Parto Humanizado, Decreto 2035/2015. Disponible en: <https://bit.ly/3ZqVpJS> Fecha de consulta: 07 de marzo, 2023.

- h)** A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales;
- i)** A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar;
- j)** A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña, y
- k)** A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma”.

También impone la obligación de las entidades de medicina de proporcionar determinadas prestaciones relacionadas con las etapas antes citadas, incorporándolas al Programa Médico Obligatorio.

El segundo marco legal, la Ley 26.485<sup>27</sup> de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, aprobada en 2009, tipifica el concepto de violencia obstétrica. Su objetivo fue el de garantizar los derechos reconocidos en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños, y la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Por otro lado, en Brasil, la atención al parto está regulada por el Ministerio de Salud. Existe una política nacional llamada Programa de Humanización del Parto y Nacimiento<sup>28</sup> (PHPN, por sus siglas en portugués), instituido por el Ministerio de Salud en el año 2000, establece que las mujeres y las personas por nacer tienen derecho a un acompañamiento pre-natal, a una atención respetuosa, individualizada y centrada en sus necesidades y decisiones, a una asistencia al parto y al puerperio de las gestantes y los recién nacidos, así como promover la participación activa de las mujeres y sus familias en el proceso de parto, y reducir las prácticas intervencionistas innecesarias.

---

<sup>27</sup> Ley N° 26.485. Violencia contra la mujer. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en: <https://bit.ly/3ZuuHzT> Fecha de consulta: 07 de marzo, 2023

<sup>28</sup> Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e Nascimento. Disponible en: <https://bit.ly/3ZNRF4Y> Fecha de consulta: 07 de marzo, 2023.

Venezuela aprobó en 2007 la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia<sup>29</sup>, que tipifica la violencia obstétrica, define actos que constituyen este tipo de violencia, estableciendo las sanciones correspondientes a quién la ejerza. Específicamente, en su artículo 1° insta a como objeto de la Ley el garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en cualquiera de sus manifestaciones o ámbitos, a la vez que garantiza el acceso pleno de las mujeres al ejercicio de todos sus derechos ciudadanos.

El artículo 15 de esta Ley define 19 formas de violencia de género, incluyendo la violencia obstétrica, como “[L]a apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

En Estados Unidos, la atención al parto está regulada por los estados y varía según el estado y el tipo de institución de salud. En algunos estados, se han promulgado leyes específicas para el parto humanizado, que establecen que las mujeres tienen derecho a recibir atención individualizada, respetuosa e informada durante todo el proceso de parto y que se deben respetar sus decisiones en cuanto a la posición, el lugar y la forma del parto.

En México, la Norma 007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién nacida<sup>30</sup>, de carácter obligatorio para todo el país, establece el concepto de humanización del parto, refiriéndose a el derecho de las mujeres a recibir una atención respetuosa, individualizada e informada durante todo el proceso de parto, así como el respeto a sus decisiones en cuanto a la posición, el lugar y la forma del parto.

#### **4. Marco jurídico nacional e internacional**

---

<sup>29</sup> Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponible en: <http://bit.ly/3IUhhWV> Fecha de consulta: 07 de marzo, 2023.

<sup>30</sup> NOM-007-SSA2-2016: Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida. Disponible en: <http://bit.ly/3IWzEuq> Fecha de consulta: 07 de marzo, 2023.

El parto humanizado es un derecho humano de toda mujer, es por ello que resulta imperante la necesidad de establecerlo en la legislación actual, esto con el fin de evitar que se siga violentando y vulnerando en cualquiera de sus formas.

Nuestra Carta Magna<sup>31</sup> establece que todas las personas deben gozar de los derechos humanos, inclusive que las autoridades deben promover, respetar, proteger y garantizar estos derechos de conformidad con sus principios.

**“Artículo 1o.** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los 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.

...

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. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

...”

Asimismo, la Ley General de Salud<sup>32</sup> dispone la reglamentación en relación con la atención materno-infantil que ya nos rige, y decretando las características de lo que implica la atención médica de madre e hijos.

**“Artículo 61.-** El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que

---

<sup>31</sup> Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <https://bit.ly/3ZHyoBq> Fecha de consulta: 07 de marzo de 2023.

<sup>32</sup> Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2XCZK1s>. Fecha de consulta: 07 de marzo de 2023.

va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

I a IV. ...

**V.** El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida, y

**VI.** La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.

**Artículo 61 Bis.-** Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.”

La implementación del parto humanizado debe de tener un enfoque con perspectiva de derechos humanos y de género, ya que debe de estar encaminado a impulsar los derechos reproductivos de las mujeres, sin el temor de que sean violentados o vulnerados<sup>33</sup>.

En México, la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 ha sido fundamental para visibilizar este modelo, aunque -como fue expuesto- los casos de violencia obstétrica siguen siendo un problema considerable en el sistema de salud.

---

<sup>33</sup> Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Realiza CDHDF foro: el parto humanizado: un derecho humano de las mujeres. Boletín 194/2012. 24 de mayo de 2012. Disponible en: <https://bit.ly/3yf0qcx> Fecha de consulta: 06 de marzo de 2023.

Para el caso de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida, la NOM establece lo siguiente:

- La humanización del parto, favoreciéndolo sin necesidad de cesáreas.
- La obligatoriedad de todo establecimiento para la atención médica a aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto, priorizando la seguridad emocional de la mujer y su bienestar durante el proceso.
- La importancia de evitar la cesárea, y en caso de llevarse a cabo, registrar con detalle en el expediente clínico los motivos que condujeron a la realización del procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de dicha decisión.
- Informar oportunamente a la mujer de la atención que recibe, misma que debe de ser veraz, clara y completa de los procesos y prácticas que le realizan en corto, mediano y largo plazo, para que pueda tomar una decisión libre e informada.
- Debe de evitarse prácticas como:
  1. Episiotomía: corte que se realiza para agrandar el orificio vaginal.
  2. Inducción o conducción del trabajo de parto.
  3. Ruptura artificial de las membranas.
  4. Maniobras con el Kristeller que interfieren con el esfuerzo natural de pujo.
  5. Exploración manual del útero posparto<sup>34</sup>.

Aunque la NOM rescata algunos elementos de las recomendaciones de la OMS en materia de parto humanizado, queda claro que la regulación mexicana no recoge el universo de las mismas, lo que abre la oportunidad para elevar el tema a rango de

---

<sup>34</sup> Diario Oficial de la Federación. 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. 07 de abril de 2016. Secretaría de Gobernación. Disponible en: <https://bit.ly/3IU8i89> Fecha de consulta: 07 de marzo de 2023.





Ley y, de ese modo, garantizar la incorporación del modelo referido en todo el sistema de salud del país.

Por otra parte, algunas entidades federativas también han legislado al respecto, tal es el ejemplo de Nuevo León, con Ley de Protección al parto humanizado y a la maternidad digna del Estado de Nuevo León, publicada en 2019.

Otro ejemplo son las reformas a la Ley de Salud y de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, las cuales incluyen acciones en beneficio de las mujeres en periodo de embarazo, parto y lactancia, así como la integración del concepto de “parto humanizado”.

Ahora bien, en cuanto al marco jurídico internacional, también se consagran la igualdad de los seres humanos y como estos nacen libres tanto en dignidad como en derechos, tal y como lo establece la Declaración Universal de Derechos Humanos.

**“Artículo 1.-** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

**Artículo 25.-**

...

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

Por su parte el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece lo siguiente:

**“Artículo 23.-**

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.”

Ahora bien, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, tiene como premisa la no discriminación y a la no vulnerabilidad de la mujer en las sociedades.

**“Artículo 1.-** A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

**Artículo 5.-** Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.”

## **II. CONTENIDO DE LA INICIATIVA.**

La atención digna, respetuosa y humanizada es una necesidad que precisan la madre, persona gestante, padre y persona recién nacida en atención a preservar los derechos de salud, sexuales y reproductivos de estos. La relevancia de implementar una atención médica humanizada al parto es imprescindible sobre todo en un momento histórico en donde se reportan cantidades elevadas de violencia obstétrica.

En México, un 33% de mujeres que dieron a luz afirmaron haber sufrido algún maltrato por el personal de salud<sup>35</sup> y un 43% de las mujeres que parió afirmó haberlo hecho a través de cesárea, dentro de esta cifra se encuentra que el 10% reporta que no se le informó el motivo de la realización de dicha intervención y otro 10% infiere que no le pidieron autorización para realizarla. Dichos datos nos hablan de la urgencia de generar un espacio de seguridad jurídica para la madre, persona gestante, padre y recién nacido.

---

<sup>35</sup> INEGI, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los hogares, 2016, 2017. Disponible en: <http://bit.ly/3YvCHPT>. Fecha de consulta 7 de marzo de 2023.

Los beneficios que acarrea tener una experiencia positiva durante el parto son múltiples para la madre y la persona recién nacida tal y como queda en evidencia en la exposición de motivos de la iniciativa de mérito, algunas de las recomendaciones esgrimidas por la Organización Mundial de la salud, son:

1. Información detallada de las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar.
2. Recibir un trato respetuoso y personalizado que asegure la intimidad y el resguardo.
3. La posibilidad de tener un parto natural considerando los tiempos biológicos y psicológicos de la madre.
4. No recibir tratamientos innecesarios, invasivos, excesivos o sin sustento científico.
5. La facilitación de la lactancia
6. La posibilidad de mantenerse en contacto con la persona recién nacida.

Es por lo anterior, que se plantea la necesidad de modificar la legislación vigente en materia atención Materno-infantil , con el propósito de garantizar que los derechos humanos sean respetados en relación a la problemática expuesta en los párrafos anteriores.

### **III. CUADRO COMPARATIVO**

Sin demérito de que ha quedado plenamente expuesto el objeto y motivación de la modificación planteada, se presenta el siguiente cuadro comparativo a fin de clarificar sus alcances:

LEY GENERAL DE SALUD.	
TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE TEXTO
<p><b>TITULO TERCERO</b> <b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD.</b></p> <p><b>CAPÍTULOS I a IV. ...</b></p> <p><b>CAPÍTULO V</b> <b>ATENCIÓN MATERNO- INFANITL</b></p> <p><b>Artículo 61.-</b> El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.</p> <p>La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:</p> <p><b>I.</b> La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;</p> <p><b>I Bis.</b>La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en</p>	<p><b>TITULO TERCERO</b> <b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD.</b></p> <p><b>CAPÍTULOS I a IV. ...</b></p> <p><b>CAPÍTULO V</b> <b>ATENCIÓN MATERNO- INFANITL</b></p> <p><b>Artículo 61.-</b> El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y <b>la persona recién nacida.</b></p> <p>...</p> <p><b>I.</b> La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera, <b>con un enfoque humanizado, integral y respetuoso;</b></p> <p><b>I Bis....</b></p>

<p>mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal;</p> <p><b>Sin correlativo</b></p>	<p><b>I Ter. La adopción de medidas que aseguren el parto y el nacimiento humanizados, de modo que se garanticen, entre otros, los siguientes aspectos: ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar; recibir un trato respetuoso y personalizado que asegure la intimidad y el resguardo; tener un parto fisiológico o natural, considerando los tiempos biológicos y psicológicos de la madre, evitando las intervenciones invasivas, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida de la madre y de la persona por nacer; a no recibir tratamientos innecesarios, excesivos o sin sustento científico; respeto de sus decisiones y necesidades específicas; ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar; mantener a su lado a la persona recién nacida el tiempo necesario. siempre y cuando este último no requiera cuidados</b></p>
--	--

<p>II. a VI. ...</p>	<p>médicos o especiales, y ser acompañada por una persona de confianza durante todo el trabajo de parto;</p> <p>II. a VI. ...</p>
----------------------	---

#### IV. PROYECTO DE DECRETO

Con base en las razones expuestas, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71, fracción II, y 72 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como por los artículos 8, numeral 1, fracción I y 164 del Reglamento del Senado de la República, se somete a la consideración de esta Honorable Asamblea el siguiente:

**INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL PRIMER PÁRRAFO Y LA FRACCIÓN I Y SE ADICIONA LA FRACCIÓN I TER AL ARTÍCULO 61 DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PARTO HUMANIZADO.**

**ÚNICO.** Se **reforma** el primer párrafo y la fracción I; y se **adiciona** la fracción I Ter al artículo 61 de la Ley General de Salud, para quedar como sigue:

**Artículo 61.-** El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y **la persona recién nacida.**

...

I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera, **con un enfoque humanizado, integral y respetuoso;**

I Bis. ...

I Ter. La adopción de medidas que aseguren el parto y el nacimiento humanizados, de modo que se garanticen, entre otros, los siguientes aspectos: **ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar; recibir un trato respetuoso y personalizado que asegure la intimidad y el resguardo; tener un parto fisiológico o natural, considerando los tiempos biológicos y psicológicos de la madre, evitando las intervenciones invasivas, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida de la madre y de la persona por nacer; a no recibir tratamientos innecesarios, excesivos o sin sustento científico; respeto de sus decisiones y necesidades específicas; ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar; mantener a su lado a la persona recién nacida el tiempo necesario, siempre y cuando este último no requiera cuidados médicos o especiales, y ser acompañada por una persona de confianza durante todo el trabajo de parto;**



II. a VI. ...

## **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**PRIMERO.** El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.** Las Legislaturas de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, realizarán las modificaciones legislativas conforme a lo dispuesto en el presente Decreto, dentro de los 180 días naturales siguientes a su entrada en vigor.

**TERCERO.** El Ejecutivo Federal tendrá un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la entrada en vigor del presente Decreto para actualizar y armonizar las disposiciones reglamentarias ya existentes, incluidas las normas oficiales mexicanas en la materia.

Salón de Sesiones del Senado de la República, a 7 de marzo de 2023.

## **SUSCRIBE**

**DR. RICARDO MONREAL ÁVILA,  
SENADOR DE LA REPÚBLICA.**