

Argumentos de mujeres atendidas en su parto y nacimiento de sus bebés por parteras

Arguments posed by women assisted by midwives at during childbirth

*Alba Lucía Meneses B.¹
Piedad Torres de P.²
Natalia Andrea Páez M.³
Bibiana Andrea Narváez R.³
Lina Maribel Cárdenas S.³
Ingrid Johana Farías V.³
María Camila Marín C.³
Lady Johana Tovar O.³*

RESUMEN

Se describen los argumentos de 5 mujeres que utilizaron los servicios de partera en los últimos 5 años. Se utilizó una entrevista no estructurada de pregunta abierta. Se realizó análisis de contenido de categorías, se calcularon frecuencias y porcentajes. Los argumentos para optar por la atención de parteras entre otros son creencias de bienestar, preferencias de acompañamiento y experiencias con el sector salud, no ser afiliada al sector de salud, la influencia de amigos, la distancia del centro hospitalario, creencia de disminución del riesgo de enfermedad o muerte del recién nacido y las actividades y los procedimientos realizados por la partera a la madre. Los resultados sugieren involucrar, además del componente de género, un enfoque familiar y social en los servicios gineco obstétricos, e incluirlos en los currículos de Medicina y Enfermería para formar profesionales que respondan a las necesidades de esta población.

Palabras clave: Parteras tradicionales, parto, parto domiciliario.

ABSTRACT

This research describes the arguments posed by 5 women who solicited midwives during childbirth in the last 5 years. It was carried out using unstructured interviews with open-ended questions. Content analysis was carried out, in which categories and subcategories were identified, followed by the calculation of frequencies and percentages. The participants' main arguments regarding why they opted for using the service were: personal well-being, preference in being accompanied, certain experiences they had within the health sector, lacking access to health benefits/insurance, being influenced by friends, being in significant distance from a hospital, believing that the risk of illness and death of the newborn is reduced, and preference to midwives' proceedings of delivery, amongst others. The results suggest that, besides the gender component, there is a family-oriented and social focus in these types of services, which should be included in Medicine and Nursing curriculums in order to create and nurture professionals that can attend to the needs of such population.

Key words: Midwives, delivery, home childbirth.

Recibido: 1/8/2008 Aceptado: 21/4/2010

1. Psicóloga, Maestría en Ciencias de Psicología Educativa. Profesora Universidad El Bosque.
2. Enfermera, Instructora Asociada, Facultad de Enfermería Universidad El Bosque.
3. Enfermera Universidad El Bosque.

INTRODUCCIÓN

Uno de los factores que inciden sobre la mortalidad perinatal es la atención durante el parto que reciben las maternas. Este estudio indaga las razones que argumentaron cinco mujeres para no acudir a la atención de los servicios hospitalarios y preferir la atención de su parto por parteras, con el propósito de identificar variables a tener en cuenta en el diseño de programas de promoción y prevención con esta población. De acuerdo con Fernández Romaní y Mayorga Zarate (1), es evidente que el parto domiciliario es una actividad frecuente en América Latina, arraigada a la cultura, pero también es un indicador de la falta de eficiencia de los servicios de salud no sólo por el aspecto cultural de los pueblos, sino por el presupuesto disminuido que destinan los gobiernos para los programas de salud. Además, como lo muestra el estudio realizado por Méndez-González y Cervera-Montejano (2), en América Latina la mayoría de las mujeres atendidas en el sistema tradicional son de origen rural, analfabeta o con primaria incompleta, y con ingresos familiares menores a un salario mínimo, mientras que las atendidas en los hospitales son de origen urbano y suburbano, con mejor nivel de escolaridad, mejores ingresos, algunas con empleo fijo y menos hijos.

Las razones por las que las mujeres de Bogotá optan por un parto atendido por partera según Borda (3), se refieren a aspectos culturales y a condiciones socioeconómicas, así como a la calidad de los servicios de salud; pero uno de los factores que tiene mayor fuerza explicativa fue la convicción de las mujeres de que el parto en casa es lo mejor y más natural, valorando las vivencias y consejos de las madres y abuelas y experiencias propias exitosas. Por otra parte, Sánchez Pérez, Díaz López, García Gil y Martín-Mateo (4) indican que la existencia de un uso diferencial de los servicios de atención del parto tiene que ver con condiciones socioeconómicas, demográficas, de uso y acceso de servicios de atención prenatal. Esto podría explicarse por la presencia de barreras económicas y geográficas, inadecuados niveles de atención prenatal y por una percepción desfavorable por parte de las maternas de la calidad de los servicios ofrecidos en las unidades de salud institucionales.

El parto es un proceso natural y trascendental que requiere una atención especial ya que en las manos de quien lo atiende está la vida tanto de la madre como la del hijo. Aún cuando se conocen las implicaciones y consecuencias que conllevan una mala atención, todavía existen mujeres que por diversos factores escogen la intervención de una partera en el momento del parto y del nacimiento (1-3).

En la antigüedad sólo las mujeres capaces de tener partos naturales podían dar a luz y sobrevivir. En esa época, el embarazo debía ser un acontecimiento biológico aceptado de duración desconocida y la mujer se encargaba de atender su propio parto; pero debido a las dificultades de llevar a cabo este proceso sin ayuda experimentada, las comunidades a través del tiempo consideraron necesario contar con personas especializadas en esta función (5).

Mellado, Zolla y Castañeda (6) describen dos tipos de parteras: la tradicional y la empírica. La primera ha adquirido sus conocimientos por medio de la transmisión oral, y no ha sido capacitada por el sistema de salud estatal, mientras que la empírica ha sido capacitada por una institución de salud, sin previa experiencia en la atención de embarazos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) citada por Pelcastre et ál., la partera tradicional es “una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales” (7).

Según Pelcastre et ál. (7), las parteras tradicionales cumplen tres funciones básicas dentro de las comunidades en las que trabajan. La primera de ellas está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza en estas últimas ya que la perciben cercana y familiar; esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se produce cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados. La segunda función se deriva del conocimiento que tiene la partera de las necesidades y carencias económicas de las mujeres que requieren su servicio, asociado a las propias tradiciones de la práctica, lo que conlleva a una reducción importante de costos para la usuaria. La tercera función se basa en el

apoyo que se recibe de las parteras para las labores domésticas y el cuidado de sus hijos.

De acuerdo con Bailey, Szaszdi y Glover (8), las parteras tradicionales son reconocidas por proveer ciertos servicios que el sistema de salud formal no provee, como el masaje abdominal o “sobada”.

Por lo anterior y debido a la falta de calidad de los servicios médicos tradicionales, las parteras tradicionales continúan teniendo un papel importante en la sociedad, especialmente en las comunidades rurales y en condiciones de vulnerabilidad, las cuales predominan en países como Colombia (1-3).

De acuerdo con Fernández Romaní y Mayorga Zárate (1), el parto domiciliario es una actividad frecuente en América Latina, arraigada en la cultura, pero también es un indicador de la falta de eficiencia de los servicios de salud no sólo por el aspecto cultural de los pueblos, sino por el presupuesto disminuido que destinan los gobiernos para los programas de salud. Por ejemplo, una costumbre frecuente en las maternas de clases populares en Latinoamérica es guardar la cuarentena, la cual contrasta con las prácticas hospitalarias, en donde a la mujer, después de dar a luz, se le pide levantarse y caminar lo más pronto posible, y se le envía a casa corto tiempo después (6).

Según Estrada Portales (9), en Latinoamérica la situación de las parteras tradicionales, como las llaman los expertos en salud pública, constituye a menudo una situación muy diferente a la que se vive en otros países como en Estados Unidos. Las parteras en países como Colombia trabajan en condiciones de extrema pobreza, con un insuficiente acceso a servicio de apoyo y con una mínima capacitación formal. En este contexto, el hecho de escoger a una partera está relacionado, para muchas mujeres, con el vivir en zonas pobres, carecer de acceso a una atención obstétrica básica y en situaciones de emergencia buscar la atención inmediata de una partera tradicional.

En países como Colombia, en áreas de difícil acceso, las parteras prestan un gran apoyo a las instituciones de salud ya que éstas son el único contacto con la población materno-infantil, pues el acceso a los centros de salud es un problema

frecuente, así como no tener atención prenatal y ser una gestante joven (4, 7, 10).

La OPS (11) propone un modelo de atención en partería que describe el proceso para brindar servicios de salud a las mujeres y familias con niños. Este modelo promueve la participación activa de la materna mediante la toma de decisiones; se basa en la confianza y el respeto mutuo enfocando la atención en la educación y en modelos preventivos, teniendo en cuenta a la mujer durante todo su ciclo vital. Por lo tanto, de acuerdo con Estrada Portales (9) y la OPS (12), los programas dirigidos a mujeres en gestación deben tener calidad y ser accesibles; por ello deben realizar una atención obstétrica centrada en la mujer, similar a la atención que ofrecen las parteras a las mujeres, ya que su atención comprende a la mujer como un todo.

De ahí la importancia en garantizar que la atención del parto cumpla con las expectativas de la madre y tenga en cuenta sus necesidades individuales y las de su familia, sus preocupaciones y dilemas, articulando la cultura de la población con los servicios de salud. Por lo cual es fundamental reconocer que los rituales que rodean al parto tienen su valor y que son un elemento básico de la vida familiar.

Desde esta perspectiva, es lógico que se necesite y se demande una atención cercana a los hogares y a las formas de vida de las personas, y cercana también a sus costumbres en lo relativo al alumbramiento, pero que al mismo tiempo sea segura y dispensada por un profesional competente que sepa actuar de inmediato cuando sobrevengan complicaciones, en gran medida previsibles (13).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia (14), en 1990 el 7% de los niños nacían en el hogar, en 1995 el 4,4% y para el año 2000 se redujo esta cifra al 2,4%, hecho que puede ser favorecido porque el servicio de atención del parto es gratuito y obligatorio en las instituciones de salud del país. Sin embargo, el estudio también muestra que la población atendida por parteras presenta características específicas que indican que son utilizadas mayoritariamente en la zona rural o en las zonas marginadas urbanas.

Según Borda (3), en algunos de los casos de su estudio en Bogotá, las parteras tuvieron actitudes de apoyo y atención, lo cual fue valorado por las mujeres y lo recuerdan en forma gratificante, así como también señalaron diferencias entre el hospital y la casa en cuanto a bienestar se refiere. Igualmente se destaca la importancia que tiene el estar acompañadas de sus seres queridos, especialmente el esposo. Se presentaron proposiciones que contrastan el hogar y el hospital, relativas a las prácticas indeseadas que se dan en el hospital, y a la imposibilidad de asumir con autonomía lo que ellas saben e identifican como lo más adecuado para llevar a cabo el trabajo de parto. También señalaron la deshumanización del personal en las instituciones de salud para con las maternas y la falta de comunicación que impide una adecuada atención, además de las experiencias previas negativas.

Según la OMS (15-16) y la OPS (17), el hecho de que cada cinco minutos muere una mujer por complicaciones del embarazo, parto, puerperio o aborto, está asociada a la falta de políticas públicas que no permite corregir las desigualdades e inequidades.

Por lo anterior, es importante resaltar los patrones que rigen la dinámica familiar, las relaciones de género y las formas de autoridad en cualquier tipología familiar, que podrían influir en el número de muertes durante el parto que se podrían evitar.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (11), el riesgo de morbilidad y mortalidad materno infantil en un parto atendido por partera se presenta particularmente en situaciones de emergencia. Las parteras tradicionales no pueden tratar crisis como pre-eclampsia, infecciones y hemorragia. Según las estadísticas de la OPS (11), la mortalidad infantil en América Latina es de 35,5 nacidos muertos por 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad materna es de 190 mujeres por 100.000 nacimientos en comparación con América del Norte donde la mortalidad infantil es de 7 por 1.000 nacidos vivos, y materna de 11 por 100.000 nacimientos.

Las ventajas y preferencia que tienen las mujeres por el parto atendido por una partera educada formalmente, con respecto a la atención en un centro de salud con un médico, tiene que ver con que “las parteras prometen menos intervención tecnológica, costos más bajos, una atención más íntima y, en

general, una experiencia del embarazo y el parto como procesos normales y bellos y no como una emergencia médica en potencia” (9).

La OMS proporciona orientación normativa para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería (14). Para ello considera importante identificar los factores asociados a las formas tradicionales y modernas de atención al parto y su incidencia sobre la mortalidad perinatal, así como establecer las mujeres que están en riesgo, las falencias de los servicios de salud y desarrollar estrategias para que las mujeres se sientan más seguras y con más confianza de asistir con personal profesional.

OBJETIVO

Describir los argumentos que presentan mujeres que han solicitado atención de su parto y del nacimiento de su bebé en sectores marginados de la localidad de Usaquén.

METODOLOGÍA

Es un estudio de casos, ya que se entrevistaron cinco madres que habían optado que su parto y el nacimiento de su bebé durante los últimos cinco años, fuera atendido por una partera.

- › **Participantes:** Cinco mujeres en edad fértil de un sector marginado de la localidad de Usaquén que habían utilizado los servicios de una partera en los últimos 5 años y que aceptaron participar en este estudio de manera voluntaria.
- › **Instrumento y materiales de recolección:** Se utilizó una entrevista no estructurada de pregunta abierta que abordó los siguientes tópicos: razones personales, familiares, socioeconómicas y geográficas por las cuales decidieron solicitar la atención de una partera para la atención de su parto y del nacimiento de su bebé.

Los temas anteriores fueron la base para realizar la entrevista; sin embargo, se complementaron de acuerdo al desarrollo y contenido de la entrevista y de la facilidad de la interacción entre la entrevistada y la entrevistadora. Se grabó la entrevista con el previo consentimiento de cada una de las entrevistadas y posteriormente se transcribieron sus contenidos.

- › **Procedimiento:** Se hizo contacto con cada una de las madres, se les invitó a participar en la investigación contándoles el objetivo y describiéndoles el trabajo que se desarrollaría. Una vez aceptada la participación, se concertó una nueva cita y, previa lectura y firma de consentimiento informado que incluía permiso de grabación de la entrevista en audio, se procedía a realizarla. Todas las participantes tuvieron una sesión de entrevista, excepto la mamá No. 1 que aceptó una segunda sesión.
- › **Aspectos Éticos:** Se tuvo en cuenta cada uno de los aspectos señalados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (18), con el fin de garantizar el bienestar psicológico y físico de las participantes, y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las participantes. Para ello, en la transcripción de las entrevistas se utilizan nombres y lugares ficticios.

RESULTADOS

Los datos recolectados para este estudio se obtuvieron a partir del análisis de contenido de las entrevistas realizadas. Primero, se identificaron categorías con base en las definiciones previamente establecidas; luego, previo acuerdo entre investigadoras, se realizó el conteo de frecuencias para cada una de ellas (razones personales, socioeconómicas, geográficas, atención al recién nacido, atención en el trabajo de parto y atención del postparto) y subcategorías de los argumentos que habían tenido para ser atendidas por una partera. Posteriormente se calcularon los porcentajes y se describieron, primero por las cinco participantes y luego por cada caso.

La Tabla No. 1 muestra las razones que presentan las participantes con mayor frecuencia, para optar por la atención de parteras en el presente estudio, son

en primer lugar, razones personales (26%), seguida por la atención recibida durante el trabajo de parto (20%), posteriormente se hallan razones sociales y económicas (15%) y atención al recién nacido (14%).

A continuación se presentan ejemplos de las participantes en relación con cada una de las subcategorías de razones personales, socioeconómicas, geográficas, de atención al trabajo de parto y parto, de atención al recién nacido y la atención después del parto.

Razones personales y sus subcategorías

La categoría de razones personales aborda las subcategorías de conocimiento, experiencia previa con el sector salud, creencias de bienestar y preferencias de acompañamiento. Las subcategorías que para las participantes globalmente con mayor frecuencia sustentan sus razones personales son: creencias de bienestar (52%), preferencias de acompañamiento (18%) y experiencias con el sector salud (18%).

Creencias de Bienestar (CB):

“Que lo ayudan a uno mucho, que están pendientes de uno, no lo dejan a uno solo en ningún momento; cuando a uno le dan las contracciones, ellas le ayudan mucho a empujar el bebé y le colaboran a uno mucho, están a todo momento con uno ahí, no lo dejan solo” (Mamá 3).

Preferencia de Acompañamiento (PA):

“Me atendían, me hacía primero tacto, si ya ha dilatado tanto, ya me llevaban, me acostaban en la camilla, se estaban conmigo ahí a todo momento, me preguntaban, estaban contabilizando cada cuánto me daban las contracciones” (Mamá 3).

Experiencias con el sector salud (EP):

“Si uno no hace bien las cosas y que todo el mundo lo ve a uno y todo, y no pues qué pena. Además, el día que fui a llevar al niño a vacunar, me regañaron y todo... y pues no aguanta” (Mamá 1).

CATEGORÍA	RP	RSC	RG	ARN	ATP	AP	APP	TOTAL
Frecuencia	146	84	23	76	114	49	65	557
%	26	15	4	14	20	9	12	100

RP: Razones personales; RSC: Razones socioeconómicas; RG: Razones geográficas; ARN: Atención al recién nacido; ATP: Atención en el trabajo de parto; AP: Atención parto; APP: Atención post-parto.

Tabla 1. Argumentos en frecuencia y porcentaje de las cinco participantes para optar por la atención por parteras.

Razones socioeconómicas y sus subcategorías

Esta categoría incluye las subcategorías de influencia familiar (IF), estado de no afiliación al sector salud (EA) e influencia de amigos (IA). Las subcategorías que para las participantes globalmente sustentan con mayor frecuencia razones socioeconómicas son: IF (65%), IA (18%) y EA (2%). Solamente, una de las cinco participantes reportó no tener afiliación al sector salud.

Influencia Familiar (IF):

“Porque ella ya era como la partera de la gente conocida, entonces y aparte de ser como conocida y como amiga, yo confiaba mucho” (Mamá 5).

Razones geográficas y sus subcategorías

Esta categoría incluye las subcategorías de barreras de distancia (BD) y dificultades de desplazamiento (DD). La subcategoría que para las participantes globalmente con mayor frecuencia sustenta razones geográficas es DD (77%).

Barreras de Distancia (BD):

“Pues como a mí me dieron los dolores, ¿cierto?, y no había carro para llevarme al hospital, entonces yo fui donde la señora a que me mirara a ver si ya, cuando fui donde ella, ya el bebé estaba por fuerita la cabeza y por eso fue que la partera me dijo que ella me atendía, porque no alcanzaba a llegar al hospital” (Mamá 4).

Razones de atención al recién nacido y sus subcategorías

Esta categoría incluye las subcategorías de: actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos al recién nacido (AIP-RN); Disminución del riesgo de enfermedad o muerte del recién nacido (DR-RN); y garantizar bienestar al recién nacido (GB-RN). La subcategoría que para las participantes globalmente con mayor frecuencia sustenta razones para esta categoría es: AIP-RN (86%). Es de anotar que ninguna de los participantes argumentó que fuese importante para su decisión la sub categoría de DR-RN.

Actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos al recién nacido (AIP-RN):

“No pues, es como yo le digo pues es que yo a ella ya la conocía y sabía cómo era todo, y uno siempre está ahí, al lado del bebé, no se lo quitan y se lo llevan por allá donde uno no lo ve...y pues si pasaba algo, pues uno ahí si se va para el hospital” (Mamá 4).

Razones de la atención del trabajo de parto y sus subcategorías

Esta categoría incluye las subcategorías de: Actividades, intervenciones y procedimientos realizados por la partera (AIP-P) y garantizar bienestar a la madre (GB-M). La subcategoría que para las participantes globalmente con mayor frecuencia sustenta razones para esta categoría es: AIP-P (72%).

Actividades procedimientos realizados por la partera (AIP-P):

“No, pues yo llegaba donde ellas y me atendían, me hacía primero tacto, si ya ha dilatado tanto, ya me llevaban, me acostaban en la camilla, se estaban conmigo ahí a todo momento, me preguntaban, estaban contabilizando cada cuánto me daban las contracciones; eee tranquila, no se preocupe haga fuerza, pero cada vez que le daba a uno la contracción ellas le empujaban a uno así, le colocaban la mano arriba del estómago, o lo ayudaban a empujar a uno, entonces pues así el trabajo de parto era más rápido; y pues si uno les decía “ayyy por favor que tengo sed” le daban a uno un poquitico de gaseosa naranja, pero era muy poquitica o una aromática también le decían a uno, ya después nacía el bebé, lo bañaban”(Mamá 3).

Garantizar bienestar a la madre (GB-M):

“Si me hacía masajes, le hacían masajes a uno en el estómago, le decían si el bebé estaba bien o estaba mal; ellas conocían todo, hasta le decían a uno si era niño o niña de una vez, ellas no necesitaban ecografía, si no, ‘¡jjjaaaa!!! Eso va a ser un niño, eso es una niña’ y nunca me falló” (Mamá 3).

Razones de la atención del parto y sus subcategorías

Las subcategorías que se incluyen son: proceso fisiológico del trabajo de parto (PF-P) y alumbramiento dirigido por la partera (ALP). La subcategoría que para las participantes globalmente con mayor frecuencia sustentan razones para esta categoría es: ALP (73%).

Alumbramiento dirigido por la partera (ALP):

“No ellas, bueno ellas, nacía el bebé, lo atendían, lo vestían y todo y enseguida me seguían haciendo masajes en el estómago para que saliera la placenta y salía normal y bien” (Mamá 3).

Razones de atención posparto (APP) y sus subcategorías

La subcategoría que para las participantes globalmente con mayor frecuencia sustenta razones para esta categoría es: AIP-M (100%).

Actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a la madre (AIP):

“Que me estuviera quietica y ya como fue así, no me hicieron cesárea ni nada, ni puntos ni nada” (Mamá 4).

DISCUSIÓN

El parto es un proceso natural y trascendental que requiere una atención especial; no obstante, conociendo las implicaciones y consecuencias que conllevan el riesgo de una mala atención, todavía existen mujeres que por diversos factores escogen la intervención de una partera en el momento del parto y del nacimiento (1-3).

Aunque los datos de este estudio no son concluyentes por ser un estudio de caso, los resultados obtenidos son coherentes con los hallazgos de Borda (3) con mujeres de Bogotá.

Entre los argumentos expuestos por las participantes en el estudio de Borda, se hallan la tranquilidad y confianza que les proporciona el trato y las actitudes de apoyo; la atención personalizada y constante por parte de las parteras y una percepción de mayor bienestar, tranquilidad y confort, en contraste con la atención recibida en las instituciones de salud. Algunos de los argumentos expuestos por las participantes de este estudio son las creencias de bienestar, las preferencias de acompañamiento y las experiencias previas con el sector salud.

Lo enunciado es coherente con Pelcastre et ál. (7) y Carbó citado por Gallego-Caminero y Miró-Bonet (19), quienes señalan que las parteras tradicionales cumplen funciones basadas en la relación afectiva que establecen con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza y las hacen percibir más cercanas y familiares, ofreciendo a las parturientas apoyo, compañía, ayuda, cooperación y alivio para el dolor entre otros.

Otro aspecto que se considera asociado a la preferencia de parto asistido por partera es el señalado por Pelcastre et ál. (7), en cuanto a que, dado el difícil acceso a los centros de salud, la partera es una opción de atención materna infantil. Con respecto a este factor, dos de las participantes fueron atendidas por parteras debido a la dificultad de desplazamiento.

Este estudio muestra un hallazgo adicional a lo reportado por Borda (3), y es el referido a que las participantes señalan que su decisión de ser atendidas por parteras, se vio influenciada por previas experiencias satisfactorias de familiares y amigos.

Los resultados del presente estudio muestran que la atención del sistema de salud a las participantes no ha satisfecho sus expectativas y que por lo tanto sería importante que el sector salud tomara en cuenta las políticas que incluyen la variable de género, propuestas por la OPS (11, 17) y la OMS (15), en la atención materno infantil, cuyo propósito es la promoción de la salud teniendo en cuenta la participación activa de las mujeres y sus familias, que dé respuesta a las necesidades de éstas, así como brindar capacitación a las parteras con el fin de que identifiquen las complicaciones que pueden surgir en un trabajo de parto y logren remitir a las maternas a las instituciones de salud oportunamente.

Como se observa en las participantes del presente estudio, en el estudio de Borda (3), y en el de Mellado, Zolla y Castañeda (6), el bajo nivel socioeconómico es un factor que caracteriza a las mujeres que toman la decisión del parto domiciliario.

Otro aspecto señalado por Bailey, Szaszdi y Glover (8) Pelcastre et ál. (7) y Mellado, Zolla y Castañeda (6), y reportado por las participantes de este estudio, es el relacionado con las actividades, procedimientos e intervenciones realizadas por la partera durante el embarazo, parto y posparto, entre los que se encuentran los masajes abdominales “sobadas” y el suministro de bebidas calientes que las instituciones de salud no ofrecen.

Por lo anterior, es pertinente que el sector salud involucre en sus protocolos de atención, además del componente de género, un enfoque familiar y social en los servicios gineco-obstétricos para dar respuesta a las necesidades afectivas y sociales de las maternas, así como también, que los anteriores aspectos sean considerados en los currículos de las carreras de Medicina y Enfermería relacionadas con el área de Gineco-obstetricia con el fin de formar profesionales que respondan a las necesidades de dicha población. Es decir, profesionales de la salud que comprendan a las gestantes y sus preferencias en cuanto al trabajo de parto, parto y puerperio brindando un trato más humano.

Así mismo, valdría la pena revisar la legislación colombiana con el fin de establecer si es posible proponer programas de postgrado para profesionales de enfermería como parteras especializadas, y desarrollar programas de promoción y prevención en lo relacionado con la atención de los profesionales de salud en el servicio de gestantes a nivel de las instituciones prestadoras de salud.

Finalmente, el problema no radica en la atención por parteras sino en la formación en la cual basan su conocimiento. Por ende, es importante fortalecer y consolidar no sólo la formación de las parteras, sino también el papel de la enfermería en la formación de éstas. Teniendo en cuenta que la OMS (11) no desapruueba del todo el papel de la partera, es más, quiere que se fortalezca el rol de las parteras junto con la Enfermería, que tengan un empoderamiento estratégico y útil, es decir, que la partería tenga un acompañamiento de la Enfermería dentro de su práctica y que se reconozca el papel de las parteras en la construcción de políticas y lineamientos del sector salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Romaní J, Mayorga Zarate S L. Factores condicionantes en la preferencia por el parto domiciliario en madres de zona urbana y rural de San Jerónimo. *Revista Situa*. 1995; 3 (5): 3-31.
2. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública México*, 2002; 44 (2): 129-136.
3. Borda Villegas C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá, D.C. *Revista de Salud Pública*, 2001; 3 (2): 154-170.
4. Sánchez Pérez, HJ Díaz López, H, García Gil, M del M, Martín-Mateo. M. bienestar social y de servicios de Salud en la región fraylesca de Chiapas: El uso de servicios de atención prenatal. *Salud Pública México*. 1997; 39 (36): 530-8.
5. Towler, J, Bramall J. Comadronas en la historia de la sociedad (M Lozano, trad.). Barcelona: Masson. 1997 (Trabajo original publicado en 1986) 2-6.
6. Mellado V, Zolla, C, Castañeda, X et. ál. La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CEISS. 1989; 1, 29-42.
7. Pelcastre B, Villegas N, León V, Díaz A, Ortega D, Santillana D, Mejía J Embarazo, parto y puerperio: Creencias y prácticas de parteras en San Luís Potosí, México, *Revista Escuela Enfermería USP*, 2005; 39, (4): 375-82.
8. Bailey P, Szaszdi J, Glover L. Obstetric complications: Does training traditional birth attendants make a difference?, *Pan Am Journal Public Health*, 2002; 11 (1): 15-23.
9. Estrada Portales I. De vuelta a los orígenes del nacimiento. *Revista Perspectivas de Salud (OPS)*, 2002; 6 (2): 10-13.
10. Herrera Torres MC, Cruz Burguete JL, Robledo Hernández GP, Montoya Gómez G. La economía del grupo doméstico: Determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. *Revista Panamá Salud Pública*. 2006; 19 (2): 69-78.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización de Servicios de Salud (OS) y Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS), Servicios de enfermería y partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. 025.02 Original: Inglés, 1-41. 2002-2005.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Orientaciones estratégicas y programáticas para la oficina sanitaria panamericana, 1999-2002, 25^a, 3. 2002.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe sobre la salud en el mundo, Capítulo 4: Atención profesional competente en el parto y después del parto. Tomado de: www.who.int/whr/2005/chapter4. 2005.
14. Profamilia encuesta nacional de demografía y salud ENDS Bogotá: Profamilia. 2005.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Factores, fortalecimiento de la enfermería y la partería. 2003.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Orientaciones, estratégicas para el fortalecimiento de los servicios de enfermería y partería. 2002.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. 26^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54^a Sesión del comité regional. Resolución CSP26.R13, CSP26.R14. 5-18.2002.
18. Resolución 8430 de 1993. Ministerio de Salud. Recuperado el 16 de mayo de 2008 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo267711.pdf>
19. Gallego-Caminero G, Miró-Bonet M. Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: El manual de Damiá Carbó, *Texto y Contexto Enferm*, 2005; 14 (4): 601-607.