

Artículo original

Experiencia y perspectiva del personal de salud y actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco

Laureano-Eugenio J. (1), Villaseñor-Farías M. (2), Mejía-Mendoza M.L. (3), Márquez-Amezcuca J. M. (4), Ibarra-Garavito M. (5)

(1) Maestro en Ciencias de la Salud Pública, Asesor y promotor de investigación cualitativa y participativa en salud; (2) Doctora en Ciencias de la Salud, investigadora titular C de la Universidad de Guadalajara; (3) Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Médico operativo en Centro de Salud No. 1 SSJ; (4) Subsecretario de Servicios de Salud en Puebla; (5) Médico General, Coordinador de Área en Salud del Municipio de Jocotepec SSJ.

Resumen

Objetivo: Explorar la experiencia y perspectiva social del personal de salud y diferentes actores sociales ante la práctica de la partería en Jalisco, al 2012. **Material y métodos:** Estudio cualitativo tipo fenomenológico, con entrevistas individuales y grupales a personal de salud y otros actores de la sociedad civil, utilizando un muestro intencional con la consideración del criterio de saturación teórica. Análisis semiótico de datos e interpretación crítica. **Resultados:** 83 informantes, 59% mujeres, 60% personal de salud y el resto de instituciones al igual que organizaciones de la sociedad civil. Reconocimiento del ejercicio y papel histórico de la partería en informantes. Ante su incorporación al sistema de salud, se encuentra postura de rechazo y de aceptación en el personal de salud, frente a una búsqueda de reconocimiento e incorporación al sector salud por parte de otros actores. **Conclusiones:** Ante la formulación, implementación y evaluación de una política pública de partería en Jalisco, es necesario considerar las perspectivas de aceptación, rechazo y reconocimiento presente en el personal de salud y diferentes actores sociales, ya que esto inhibe o potencializa el cumplimiento de metas planteadas.

Palabras clave: partería profesional, mortalidad materna, política pública.

Abstract

Objective: Explore the experience and social perspective of health care personnel and different actors to the practice of midwifery in Jalisco in 2012. **Material and method:** Qualitative phenomenological study type, with individual and group interviews to health personnel and other civil society actors, using an intentional sample with the consideration of the criterion of theoretical saturation. Semiotic Analysis of data and critical interpretation. **Results:** 83 Respondents, 59% women, 60% of health care

personnel and the rest of institutions as well as civil society organizations. Recognition of the exercise and historic role of midwifery in informants. Before its incorporation into the health system, is position of rejection and acceptance in the health care personnel, compared to a search for recognition and incorporation into the health sector in other actors. **Conclusions:** Before the formulation, implementation, and evaluation of a public policy of midwifery in the State of Jalisco, is necessary to consider the prospects of acceptance, rejection and recognition present in the different social actors, as this inhibits or potentializes the fulfilment of goals.

Key words: Professional midwifery, maternal mortality, public policy.

Introducción

La partería, a lo largo de la historia, ha formado parte importante del contexto social por su intervención en la atención de la salud, especialmente dentro del binomio madre e hijo, ejerciendo bajo una cosmovisión integral y holística, que la han posicionado un personaje tradicional por su saber popular y la filiación cultural que obtienen con la población.

En México, ha estado presente desde sus primeras comunidades, construyéndose y sobreviviendo en un mosaico cultural y ancestral; con la dominación española y el avance de la medicalización occidental, así como la exclusión de las mujeres de la práctica médica, se entabló una lucha por abolir la cosmovisión del México antiguo, surgiendo disposiciones civiles, al igual que religiosas que buscaron modificar creencias y hábitos en la población conquistada, lo cual influyó también en la práctica de la partería, una situación que há prevalecido hasta la fecha.¹

Es dentro de esta lucha donde nace y evoluciona la partería profesional por un lado y se tiene la persistencia de las parteras empíricas y tradicionales por el otro, adentrándose a un fenómeno de constante confrontación ideológica: algunos buscan mantener los saberes populares y cosmovisión tradicional de la partera, otros la incorporación de conocimientos de la medicina occidental a esta práctica y aquellos que consideran el eliminar por completo las prácticas tradicionales de la partería.

Actualmente, organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud, reconocen que los servicios de partería, son fundamentales para garantizar un embarazo y parto saludable al igual que sin riesgos, sustentado que en todo el mundo, aproximadamente 350 000 mujeres, mueren cada año como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, pudiéndose evitar muchas de estas muertes si los partos fueran atendidos por una partera profesional, considerando que muchas de estas mujeres, viven en zonas de extrema pobreza.^{2, 3, 4}

De igual manera, para avanzar hacia la consecución del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio y alcanzar una mejor salud materna, plantean profesionalizar el mayor número de parteras posible, invitando a los gobiernos a adoptar una política pública que permita a las parteras aplicar todos sus conocimientos teóricos y prácticos en la comunidad, centros de salud y hospitales, reconociéndola una profesión distinta y estableciendo puestos laborales, con la incidencia en la formulación de políticas nacionales, asegurando quedar incorporada en los planes de salud materna y neonatal.^{5, 3}

Es así, que debido al acceso desigual a la asistencia médica y las características culturales de algunas zonas geográficas, la partería sigue vital en México, por lo que en el año 2011, el gobierno realizó reformas a la *Ley General de Salud* para reconocer y certificar a parteras profesionales; estas reformas son en los artículos 61, 64 y 79, estableciendo legalmente este ejercicio, con la creación y registro del puesto de partera asistencial, posibilitando la contratación de parteras profesionales para ejercer en condición de recurso humano en salud institucional, una legislación que incorpora de manera oficial esta práctica al Sistema Nacional de Salud, accediendo a plazas laborales y compensaciones dignas, fomentando para ello la creación de nuevas escuelas de partería.⁶

Ante esta situación, un aspecto importante que se tiene que considerar en la implementación y funcionalidad de la política pública de partería, es la perspectiva social del personal de salud y otros actores sociales, ya que esto inhibe o potencializa el cumplimiento de las metas planteadas por Organismos Internacionales y el Gobierno de México, por lo que el objetivo de este proyecto de investigación fue explorar experiencia y perspectiva del personal de salud y diferentes actores sociales, ante la práctica de la partería en Jalisco al 2012.

Material y métodos

Considerando el objeto de estudio, se recurrió a la metodológica cualitativa desde una perspectiva fenomenológica, ya que este tipo de investigación permite comprender la subjetividad de los informantes, explicando y comprendiendo las interacciones, perspectivas y significados individuales o grupales, constituidos a partir de su experiencia en relación al objeto de estudio.^{7, 8}

El estudio se llevó a cabo considerando tener informantes representantes de los municipios que conforman la entidad, utilizando un muestreo intencional, con el propósito de explorar determinados procesos o contextos en forma detallada, seleccionando de manera no aleatoria a sujetos caracterizados por una riqueza de información entorno al fenómeno a estudiar, teniendo un total de 51 profesionales de la salud y 32 actores sociales de distintos organismos o instituciones, todos ellos de 62 municipios, considerando el principio de saturación teórica para estimar el total de informantes.^{9, 10, 11}

El trabajo de campo se desarrolló durante el 2011 y 2012 en dos momentos: el primero de ellos fue mediante entrevistas individuales semi estructuradas en domicilios laborales o personales de informantes, realizando de dos o tres visitas, en el segundo momento se llevaron a cabo entrevistas grupales dentro del evento llamado “Primer encuentro Estatal de Partería”, desarrollado en Jocotepec, Jalisco.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas a textos de Word, para posteriormente ser analizadas bajo el modelo actancial semiótico, implicando realización de lectura, relectura de cada línea textual, para pasar a describir primeras impresiones contextualizadas como temas emergentes, análisis de superficie de los textos, identificando actores semióticos, isotopías temáticas y figurativas, así, como la dimensión cognitiva, generando una estructuración del texto en grandes categorías con descripciones textuales y su interpretación bajo

la perspectiva crítica. Los resultados se presentaron a algunos informantes corroborando y devolviendo la información.^{12, 13}

La participación de informantes fue en todo momento voluntaria y bajo consentimiento oral informado, atendiendo principios de respeto a la autonomía, autodeterminación y confidencialidad de información, sometiendo el proyecto a evaluación y registro por la

Comisión de Investigación y Ética de la Oficina Central de la Secretaría de Salud Jalisco.

Resultados

A continuación, el cuadro No. 1 describe al personal de salud y las instituciones u organismos partícipes del estudio, además de características de tipificación de los informantes participantes.

Cuadro No. 1 Caracterización de los informantes

Institución	Tipo de asistentes	frecuencia	Porcentaje
Secretaría de Salud Jalisco	Directivos	8	9.6%
	Personal operativo médicos	20	24%
	Personal operativo enfermeras	20	24%
	Personal operativo otras áreas afines	3	3.6%
Universidad de Guadalajara	Docentes	8	9.6%
Ayuntamientos municipales	Personal operativo	5	6%
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	Directivos	2	2.4%
	Personal operativo	6	7.6%
Comunidad Náhuatl de Tuxpan, Jalisco	Líderes	2	2.4%
Servicios Médicos Municipales	Personal operativo	3	3.6%
Instituto Municipal de las Mujeres	Directivos	3	3.6%
	Personal operativo	3	3.6%
TOTAL		83	100%

Fuente: Documentos recolectados en trabajo de campo

Figura social de la partería presente en personal de salud

En el personal de salud participante del estudio, se encuentran elementos que describen la figura social que ellos tienen sobre la partería y el papel que representa en la población: personaje comunitario tradicional en quien se deposita un sentido de responsabilidad y protección en el cuidado de la salud de sus miembros, enfatizando en aquello que tiene que ver con la atención materno e infantil, destacando un sentido de confianza al igual que de familiaridad, entre la partera y a quien brinda sus servicios, aspectos atribuidos en primer lugar, al sentido de la escucha activa que tiene no solo a la mujer que atiende, sino también, a los miembros de la familia y en

segundo lugar, al hecho de conocerlos de toda su vida al vivir en la misma comunidad.

La mayoría expresan que esta filiación cultural entre la partera y la población, es una característica que muchos médicos no logran tener, señalando incluso, que una de las causas de esto, es que a pesar del aumento de la cobertura de los servicios de salud con personal y unidades de atención en el Estado, el proceso de formación en las universidades, no contempla los aspectos socioculturales de la salud, algo trascendente en la práctica médica diaria.

Coinciden que la labor realizada por algunas parteras en sus comunidades, es importante para el logro de la equidad en salud, lo anterior vinculado al liderazgo que, según mencionan, ha logrado obtener con su intervención

comprometida en acciones que inciden de manera positiva, en el desarrollo y bienestar social, actos que desde su perspectiva, le da credibilidad, voz y voto para la toma de decisiones, añadiendo incluso tener capacidad de gestión ante otras instancias (*“en la presidencia pidió el apoyo para comprar el terreno del centro de salud”*), encontrando quien ha sabido retomar esta característica de la partera para desarrollar acciones de educación y promoción de la salud de tipo institucional (planificación familiar, vacunación, enfermedades gastrointestinales entre otras).

Conforme se avanzaba en las entrevistas, algunos informantes destacaban diferencias de su práctica con el de la partera al momento de brindar la atención, lo anterior tomando como punto de partida su experiencia en la comunidad donde ejercieron o aún continúan trabajando, aludiendo sobre todo aspectos culturales que ellos, en su condición de personal de salud institucional, asumen no poder brindar.

“En mi comunidad, las parteras además de llevar control prenatal y atender el parto, lavan la ropa de toda la familia durante 40 días, imagínate yo lavando la ropa, visitar a todas la que se alivian en sus casas y hasta preguntar si ya lo bautizaron, pues no, eso no lo enseñan en la escuela de medicina, por eso muchas mejor se van con la partera...”

(Médico de comunidad rural)

Describen que otra característica de las parteras, es *“ser de la comunidad”*, señalando que esto le posibilita estar las 24 horas del día para ser consultada por la población y que además, esta característica les permite esa familiarización con los elementos y patrones culturales locales en torno al embarazo (*“alfiler”, “el listón rojo y no ir a velorios en su embarazo”, “cuidarse de los eclipses porque deforman los niños”*).

Además de lo anterior, consideran que ser parte de la comunidad, les posibilita tener conocimiento de las condiciones económicas de las familias, sus modalidades de organización y otras cuestiones de género, que inciden en la salud (*“el machismo de los hombres”*), resaltando en este último aspecto, la violencia durante el embarazo.

“En la comunidad, me ha tocado que cuando su esposo las golpea, se van con la partera a que las revise, porque bien saben que yo si los demando, y pues ella no lo hace, creo que eso también deben de tomarlo en cuenta para que las capaciten en lo que deben hacer.”

(Médico de centro de salud rural)

Los informantes, aun cuando coinciden en que la partera ha disminuido su participación en la atención del parto, visualizan que continúa siendo frecuentada para realizar intervenciones en las embarazadas que responde a aspectos culturales (*“la sobada”*). Al respecto, algunos de ellos demandan que hay mujeres que nunca acuden a recibir un control prenatal institucional, pues acuden a revisiones con la partera durante su embarazo, solo al final, van al centro de salud para que se les entregue una carta de derivación al hospital y les sea atendido su parto, pidiendo se capacite a parteras para que inviten a estas pacientes a llevar también un control prenatal con el sector salud.

Perspectiva del personal de salud ante la incorporación de la partería a los servicios de salud institucionales

Al indagar en los informantes su perspectiva sobre la incorporación de la partería al Sistema Nacional de Salud, se encontraron dos posturas: una de aceptación y otra de no aceptación, descritas a continuación en el cuadro No. 2.

Cuadro No. 2

Perspectiva del personal de salud ante la incorporación de la partería al sistema de salud oficial

Postura de aceptación	Postura de no aceptación
<i>“Será una buena oportunidad para que se capaciten y puedan tener mejores conocimientos y disminuir realmente la muerte materna en el Estado”</i>	<i>“En lugar de contratar parteras, deberían de dar bases a los ginecólogos de los hospitales y contratar a otros para cubrir donde hace falta”</i>
<i>“Es mejor que se tenga conocimiento sobre donde están y que es lo que hacen, porque si no es así, ellas de todos modos seguirán atendiendo y nunca sabremos si hay cosas que en lugar de beneficiar, estén perjudicando a la población”</i>	<i>“La solución a la muerte materna no son las parteras, deben de mejorar las condiciones de las unidades de salud ya existen y crear otras nuevas...”</i>
<i>“El que una partera trabaje con nosotros, nos va a permitir reflexionar y reaprender a brindar una atención más humanizada y empezar a dejar de ver el parto como algo patológico”</i>	<i>“Las parteras no se sentirán cómodas en los hospitales ni en los centros de salud, además de que se les hará difícil para trabajar con nosotros, sobre todo porque ellas atienden con empirismo y nosotros con método científico comprobado”</i>

Fuente: Documentos recolectados en trabajo de campo

“Reconocimiento y apoyo del gobierno a las parteras”: perspectiva de otros actores sociales

En estos informantes, es clara la postura de aceptación para incorporar a la partera al sistema de salud, posicionándolo incluso, una necesidad de reconocimiento por parte del gobierno y la sociedad (“una valoración a la cultura popular de atención en salud, la cual se ha mantenido con el paso de los años, la hemos utilizado y hasta la hemos rechazado”), visualizando que esto representaría el “volver al origen natural de la atención del nacimiento”, destacando algunos de ellos también, lo que ha significado a sus comunidades, el contar con una partera con o sin reconocimiento institucional, ejemplificado en el siguiente discurso.

“...aplaudo las acciones completamente humanitarias que emprenden cada una de las parteras...siempre a favor de los que más lo necesitan, los más alejados, los más desprotegidos, los que poco tienen acceso a los médicos de las ciudades grandes y medianas...”

(Presidente Municipal)

Plantean que el principal eje rector de la política pública de partería, deberá de ser el respeto a la libertad de la mujer en su elección por el tipo de atención a recibir antes, durante y después del parto, considerando ser una responsabilidad del gobierno, hacer valer este derecho, ejercido con calidad y sin implicar riesgos para la salud de la mujer y su niño. A demás de esto, mencionan que lo que se establezca como política pública de partería, deberá de ser congruente a la realidad de cada contexto particular en las diferentes zonas del Estado, posicionando entre ellos, los aspectos culturales, geográficos y económicos presentes en la población.

Proponen la formación de personas jóvenes en el ejercicio de la partería, sobre todo familiares de parteras, de zona rural y que al término de sus estudios, retornen a sus comunidades de origen, considerando que el gobierno también deberá de establecer las facilidades para lograr lo acordado. Visualizan la posibilidad de crear una escuela de partería profesional en la entidad, describiendo que esto permitirá tomar en cuenta las características socioculturales de la población jalisciense e implicará mayor oportunidad de ingreso, por ser en la entidad.

Finalmente, también coinciden que será una tarea importante, el continuar con trabajos de enriquecimiento

mutuo entre parteras y personal de salud institucional, visto una oportunidad de sensibilización para el trabajo en conjunto ante el problema de la muerte materna.

Discusión

Ante la vitalidad de la partería en Jalisco, los planteamientos de organismos internacionales para su profesionalización e incorporación al sistema de salud y el reconocimiento legal de la partera profesional en México, el conocer la perspectiva del personal de salud y actores sociales partícipes de este aspecto, son elementos trascendentes a considerar, en la formulación de una política pública de partería estatal, posibilitando que en conjunto con otros elementos, permitan dar respuesta real y viable a las necesidades, generar un escenario donde las parteras puedan ejercer sin barreras o dificultades y en un futuro, el acceso a puestos directivos o de enseñanza en el área de salud materna y perinatal, planteado ya por organismos internacionales.¹⁴

Se debe considerar; que la perspectiva presente en los diferentes informantes, está relacionada a su experiencia con el ejercicio de la partería de manera directa o indirecta, por lo que deben de ser asumidos por las autoridades, como perspectivas que se convierten en facilitadores, obstáculos y oportunidades para cumplir con lo planteado por la política pública en el país, de manera particular, en las estrategias o programas específicos de acción a nivel hospitalario o en centros de salud.

Además de lo anterior, con estos resultados, se hace evidente la importancia y trascendencia que tiene el retomar los aspectos no biológicos en la salud, a lo que algunos antropólogos y sociólogos ya han hecho mención: el proceso salud-enfermedad está determinado por patrones culturales, religiosos o mágicos, los cuales, finalmente elaboran la cosmovisión del grupo o comunidad, siendo necesario entonces asumir un compromiso por mejorar o retomar este aspecto en la formación (universidades) y capacitación (instituciones de salud) de los recursos humanos en salud.¹⁵

La postura de algunos integrantes del personal de salud de no aceptar la incorporación de la partera al sistema de salud, no es algo nuevo, ya que con el avance de la medicalización, en la atención del parto posterior a la conquista de México, los médicos instituyeron un proceso tendiente a depreciar los saberes y prácticas de este personaje, supeditando los fundamentos de su práctica en

una racionalidad científica construida desde la disciplina médica.¹⁶

En épocas más recientes, los debates sobre la formación del personal de partería y su incorporación a los sistemas de salud, se empezaron hace décadas, mucho antes de principios de los 90, con el grupo especial de la Organización Mundial de la Salud, sobre el desarrollo de recursos humanos para la salud materna y la maternidad segura en reuniones llevadas a cabo en Ginebra.¹⁷

Ante esta diversidad de opiniones, al respecto de su incorporación o no, existen investigaciones que señalan que las intervenciones aisladas, no reducen la mortalidad materna lo suficiente para lograr la meta planteada por el Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, recomendando por lo tanto, el reconocer e incorporar a las parteras en sus distintas modalidades, para posibilitar el maximizar sus respectivas fortalezas en beneficio de la población.¹⁸

En cuanto a la perspectiva de otros actores sociales y sus propuestas para la incorporación de las parteras, algunos estudios han determinado que el trabajo de colaboración entre diferentes sectores sociales, en torno a la salud comunitaria, apuntan a la necesidad de un liderazgo compartido, un liderazgo que es efectivo a través de una visión y un poder igualitario ante la concepción de sistemas y en la construcción de procesos de atención, por lo que tomar en cuenta lo planteado por otros actores, orientará y afianzará el cumplimiento de las metas en la propuesta de política.¹⁹

De igual manera, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Comisión Internacional de Matronas, señalan necesario que en la formulación de políticas, marcos legales, infraestructuras y cuestiones logísticas en lo que tiene que ver con la partería, se tenga la colaboración de diversos grupos de profesionales (entre ellos los obstetras) y otros actores sociales, buscando asegurar que la presencia de los cuidados de partería, responda al derecho humano de todas las mujeres del mundo para acceder a cuidados con calidad y adecuados a su cultura, independientemente del lugar en el que vivan; una interacción que busque llegar a un consenso, pues aunque los gobiernos son los responsables últimos de garantizar el acceso a los cuidados especializados, el hacer partícipe a otros, es esencial para lograr la acción política efectiva y resolutive.¹⁴

A manera de comparación de estos resultados con los de otros espacios geográficos, se encuentra que en una investigación cualitativa realizada durante el 2005 en Morelos México, donde se entrevistaron a parteras

tradicionales, encontraron que la forma de atención tradicional es por lo general negada, ignorada y/o marginada por parte de la biomedicina, pese a que la atención tradicional esta vital aún en algunos lugares y frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población, experimentando diversas formas de maltrato por parte de los médicos, no contando siempre con el apoyo de las instituciones de salud y optando por no acompañar a sus pacientes a las unidades institucionales de atención, o si lo hacen, no se presentan, llegando incluso algunas de ellas a silenciar su profesión.²⁰

De manera contraria, en otra investigación realizada en la región Huánuco, en Lima Perú, encontraron que para el personal de salud local, las características culturales entorno a la atención en salud de la población que atienden (el uso de las plantas medicinales por ejemplo), les ha permitido una familiarización y apertura para el apoyo de parteras, incluso llegando a promover el mantenimiento de dichas costumbres.

En la atención materno e infantil, señalan que con la aceptación del parto vertical, ocurre algo similar, pues si bien permite mayor uso de los servicios de salud por parte de las gestantes, también ha permitido mayor compromiso en el personal de salud con los usos de la comunidad, logrando un trabajo articulado entre parteras y el personal de salud obteniendo mayor contacto con la comunidad, generando trabajo en conjunto con autoridades, profesores y otros representantes de la comunidad, asumiéndolo un ejercicio en función a mejorar la comunicación con la población, mayor confianza en el servicio que ellos otorgan y por consiguiente mejor resultado en la atención del parto y sus complicaciones.²¹

Se debe considerar, que el dominio del modelo médico convencional en la atención de la salud que ha prevalecido en México, ha tendido a desarticular los lazos sociales e ideológicos entre las parteras y el personal de salud institucional, por lo que buscar un trabajo en conjunto, tendría que iniciarse con la desmitificación de lo que representa la atención institucional y tradicional del embarazo, parto y puerperio (atención científica frente a una atención no científica), lo anterior tanto en los espacios de formación de recursos humanos en salud, como en el personal de salud que ya ejerce, proponiendo la realización de talleres de sensibilización en interculturalidad y salud, al igual que la generación de mesas de trabajo con parteras y personal de salud institucional, que permitan el enriquecimiento mutuo entre de ambos modelos de atención.

La manera de hacer participe a otras instancias y organismos de la sociedad civil, en la formulación de la política pública de partería en Jalisco, deberá tomar en cuenta la experiencia que han tenido otros países y entidades al respecto. Desde el apartado de investigación, queda pendiente hacer acercamientos a la población que se beneficia de los servicios de salud, para escuchar su voz al respecto de lo que ellos esperan en la atención del embarazo, parto y puerperio, pasando por un nivel comprensivo del contexto social y cultural de las diferentes zonas geográficas de la entidad, considerando la necesidad de difundir en la población, el derecho que la mujer embarazada tiene para elegir libremente el tipo de atención a recibir.

Es así que, ante la formulación, implementación y evaluación de una política pública de partería en Jalisco, se deberá tomar en cuenta las perspectivas de aceptación, rechazo y reconocimiento, presente en el personal de salud y otros actores sociales, lo anterior, en el marco de la cultura y cosmovisión de la salud en diferentes regiones de la entidad (proceso salud-enfermedad-atención), evitando que su formulación e implementación, sea solo desde la perspectiva institucional, pues ello puede llevar a que lo planteado, se convierta en una retórica vacía de supuestos políticos con buenas intenciones, pero sin lograr incidir de manera real, en la muerte materna, objetivo principal por el cual se busca la incorporación de la partería profesional al sector salud.

Referencias bibliográficas

1. Carrillo AM. *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*. Dynamis 1999;19:167-190.
2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre partería (sitio de internet). OMS 2013. (consultado: 20 junio 2013). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/es/index.htm>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *El estado de las parteras en el mundo 2011. Cuidar la salud, salvar vidas* (sitio de internet). UNFPA 2011. (consultado: 18 abril 2012). Disponible en: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/es-SoWMy_Full.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. "De vuelta a los orígenes del nacimiento". (sitio en internet). Centro de prensa OPS 2002. (consultado: 16 junio 2011). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish>
5. Organización Mundial de la Salud. *Reducir los Riesgos del Embarazo. Asistente de partería cualificados*. 2011 (Referido en 2010 May 16); 1/4: (4 páginas en pantalla). Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/skilled_birth/es/index.html
6. Walker D, Suárez L, González D, De María LM, Romero M. *Parteras profesionales y enfermeras obstétricas: una opción para la atención obstétrica en México*. (monografía en internet). Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011 (consultado 2012 julio). Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101197.pdf
7. Álvarez-Gayou, J. L. *Como hacer investigación cualitativa*. Fundamentos y metodología. México: Paidós. 2007.
8. Souza, A. *Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos*. En Mercado, F. J. (Ed.), "Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana". México: Universidad de Guadalajara. 2002: 439-459.
9. Izacará, S.P. *Introducción al muestreo*. México: Porrúa. 2007.
10. Vietes, R. *Las tres acciones iterativas que conducen el diseño cualitativo*. En Merlino, A (Coord). "Investigación cualitativa en ciencias sociales". Argentina: America LEE. 2009.
11. Mejía, J. (2000). *El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones Sociales*. Año IV numero 5. INMSM, Lima. 2000. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/69205876/El-muestreo-en-la-investigacion-cualitativa>
12. Greimas J, Courtés J. *Semiótica: diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos, 1982:474.
13. Geertz C. *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura*. En *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 2001:19-40.
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Confederación Internacional de Matronas. *Inversión en matronas y personal de salud con conocimientos en partería para salvar vidas de las madres y los recién nacidos*. S/A. (Referido en 2012 Julio 20); Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/midwives_spa.pdf

15. Pérez JE. *Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular*. Revista de Ciencias sociales 2009;15(4):708-715.
16. Díaz LC, Oropeza L. *Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX: el despojo de su arte*. Dynamys 2007;27:237-261.
17. World Health Organization. *Human Resources Development for Maternal and Newborn Health at the Health Centre referral level*. Report of a joint FHE/HRH Task Force Meeting 1993, 25-29 October.
18. Abbey B, Morgan A. *¿Cómo la integración de las parteras tradicionales con los sistemas formales de salud pueden aumentar la asistencia calificada del parto?*. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia 2011;115(2).
19. Alexander et al. *Leadership in Collaborative Community Health Partnerships*. Nonprofit Management and Leadership 2001, 12(2); 159-175
20. Jimenez S, Pelcastre B, Figueroa JG. *Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación*. Rev. Chil. Salud Pública 2008; 12(3):161-168.
21. Maycal J, Palacios E, Medina A, Velazquez J, Castañeda D. *Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco*. Rev. Peru Med Exp Salud Publica 2009; 26(2):145-60.

