

## Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional

### Factors related to rural women's preferences for the traditional midwife

MSc. Celmira Laza Vásquez

Fundación Universitaria del Área Andina-Sede Bogotá. Colombia.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la partera tradicional es un proveedor de la atención del parto que se ha consolidado en las zonas rurales de los países en vía de desarrollo.

**Objetivo:** describir los factores que influyen en la preferencia de la mujer por la atención de la partera tradicional.

**Métodos:** estudio documental de corte cualitativo. Se analizaron artículos originales publicados en español, inglés y portugués, e indexados en *EBSCO*, *Pubmed*, *Ovid Health*, y *ScienceDirect*, *Scielo*, *Cantarida*, *Lilacs*. Se usaron los descriptores partera tradicional, atención tradicional del nacimiento, parto domiciliario, percepción, experiencia, satisfacción personal, preferencia e investigación cualitativa. La búsqueda se restringió al período 2008-2013. La información se trató mediante análisis de contenido.

**Resultados:** se incluyeron 11 investigaciones realizadas en África y Asia, todas en contextos y poblaciones rurales. Emergieron tres categorías: las razones económicas, las relacionadas con la partera tradicional y con los servicios salud.

**Conclusiones:** factor fundamental son las barreras económicas, que se configuran como una traba en el acceso a la atención institucional del parto. Las mujeres tienen confianza en las parteras tradicionales, están cercanas y son de la misma cultura; la familia y los líderes comunitarios presionan a la mujer para su atención por este agente tradicional. Estos elementos conjuntamente con la mala calidad de los servicios hospitalarios, son otros factores que marcan la preferencia femenina por la partera tradicional. Es necesario repensar las formas de cerrar las brechas existentes entre el sector de la salud y la atención tradicional del parto en pro de la salud materna y perinatal.

**Palabras clave:** partera tradicional, atención tradicional del nacimiento, parto domiciliario, acontecimientos que cambian la vida, percepción, satisfacción personal, preferencia, investigación cualitativa.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the traditional midwife is a childbirth care provider who has consolidated her position in the rural areas of the developing countries.

**Objective:** to describe the factors having an impact on the rural women's preference for the traditional midwife.

**Methods:** qualitative documentary study. Several original articles published in Spanish, English and Portuguese and indexed in EBSCO, Pubmed, Ovid Health and ScienceDirect, Scielo, Cantarida, Lilacs were analyzed. The subject headings were traditional midwife, traditional childbirth care, childbirth at home, perception, experience, personal satisfaction, preference and qualitative research. The search covered the period of 2008 through 2013. The data treatment was based on the contents analysis.

**Results:** eleven studies conducted in Africa and Asia in rural settings and populations were included. Three categories were defined: economic reasons, traditional midwife-related reasons, and health service aspects.

**Conclusions:** a fundamental factor found in the study is the economic restrictions that hinder the access to institutionalized childbirth care. Women trust traditional midwives because they are at short distance; belong to the same cultural group; the families and the community leaders exert pressure over the women so that they are cared for by this traditional agent. These elements together with low quality hospital services are additional factors that indicate female preferences for midwives in rural settings. It is then necessary to rethink over the best ways of filling the gaps between the health care sector and the traditional childbirth care for the benefit of the maternal and perinatal health.

**Keywords:** traditional midwife, traditional childbirth care, childbirth at home, life-changing events, perception, individual satisfaction, preference, qualitative research.

---

## INTRODUCCIÓN

Para el 2009 todavía 60 millones de nacimientos se producían fuera de las instalaciones hospitalarias y 52 millones sin asistencia especializada. Por esto, aun se considera a la partera tradicional un importante y principal proveedor de atención del parto, especialmente en lugares donde las tasas de mortalidad son altas como en los países en vía de desarrollo.<sup>1</sup> Esto se asocia con las bajas coberturas institucionales, problemas de acceso a los servicios de salud, pero también, con la cultura, normas y creencias religiosas.<sup>2</sup> Otros aspectos son las complejas condiciones socioeconómicas y políticas y el desarrollo de conflictos sociales y armados internos en las zonas rurales.

Las parteras tradicionales son generalmente mujeres de más de 40 años que iniciaron su "quehacer" alrededor de los 30 años debido a la necesidad y el deseo de "ayudar" a otras mujeres, desde la perspectiva de ser "mujer" y haber parido.<sup>3</sup> Aprendieron por accidentes de la vida al atender los partos de sus hijas o por la observación de alguna mujer de la familia que parteaba. Sus conocimientos, sin base científica, se sustentan en diferentes creencias culturales, la fe a diferentes divinidades y la lógica de la cotidianidad de la vida, que se trasmite de forma oral, por la observación y las experiencias que brindan las mujeres que ya han parido y la suya propia. Las parteras tradicionales desarrollan su quehacer entre la incertidumbre por el límite de sus conocimientos y el temor a los problemas por la informalidad de su ejercicio.

La revisión del conocimiento existente en la literatura científica acerca de los factores que determinan la preferencia por la atención de las parteras tradicionales identificará potenciales necesidades y elementos necesarios para el dialogo entre el sistema biomédico y el tradicional en la atención a la gestante. Así, este trabajo describe los factores que influyen en la preferencia de la mujer por la atención de la partera tradicional, publicados en la literatura científica a nivel mundial.

## MÉTODOS

Se realizó una investigación documental de corte cualitativo.<sup>4</sup> Se utilizaron como unidades de análisis artículos científicos originales de cualquier nacionalidad publicados en idioma español, inglés y portugués e indexados en revistas de ciencias de la salud y ciencias humanas y sociales de las bases de datos *EBSCO*, *Pubmed*, *Ovid Health*, *Scielo*, *Cantarida*, *Lilacs* y *ScienceDirect*. Se tuvieron en cuenta los descriptores DeCs-MeSH: partera tradicional, atención tradicional del nacimiento, parto domiciliario, percepción, experiencia, satisfacción personal, preferencia e investigación cualitativa. En la búsqueda avanzada se utilizó el booleano *AND* y el tiempo se restringió al periodo entre 2008 y 2013.

La búsqueda bibliométrica dio como resultado inicial 85 documentos, de los cuales 11 se configuraron en las unidades de análisis. En siete de los trabajos se realizó triangulación metodológica para profundizar en los resultados.<sup>5</sup>

Para la recolección de los datos se elaboró una ficha instructiva tomando como referencia algunos de aspectos definidos en la propuesta de *Hoyos*:<sup>4</sup> aspectos formales, objeto de estudio, delimitación contextual, referente conceptual, metodología y resultados. El tratamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido de tipo directo.<sup>6</sup>

## RESULTADOS

### ASPECTOS FORMALES DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS

Los años de mayor publicación en las 11 unidades de análisis (recuadro) estuvieron entre 2011 y 2013 y la distribución según la realización de los estudios ubicó a siete en África (dos en Nigeria y cinco distribuidos entre Etiopía, Burkina faso, Malawi, Liberia y Tanzania). Los cuatro estudios restantes se ubicaron en Asia (dos en Indonesia y dos entre Malasia y Filipinas). Todos los artículos estaban publicados en inglés y se encontró variedad en los enfoques investigativos: siete cualitativos, dos

cuantitativos descriptivos e igual número con diseño mixto con predominio cuantitativo.

**Recuadro.** Unidades de análisis revisadas

No.	Unidades de análisis
1	Ebuehi M, Akintujoye IA. Perception and utilization of traditional birth attendants by pregnant women attending primary health care clinics in a rural Local Government Area in Ogun State, Nigeria. <i>Int J Womens Health.</i> 2012;4:25-34.
2	Ali A, Howden P. Maternity Services and the Role of the Traditional Birth Attendant, Bidan Kampung, in Rural Malaysia. <i>Public Health Management Practice.</i> 2007;13(3):278-86.
3	Hadwiger MC, Hadwige SC. Filipina mothers' perceptions about childbirth at home. <i>Nursing Rev.</i> 2011;59:125-31.
4	Titaley C, Hunter CL, Dibley MJ, Heywood P. Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery? A qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. <i>BMC Pregnancy Childbirth.</i> 2010;10:43-57.
5	Agus Y, Horiuchi S, Porter SE. Rural Indonesia women's traditional beliefs about antenatal care. <i>BMC Res Notes.</i> 2012;5:589-8.
6	Kambala C, Morse T, Masangwi S, Mitunda P. Barriers to maternal health service use in Chikhwawa, Southern Malawi. <i>Malawi Med J.</i> 2011;23(1):1-5.
7	Shiferaw S, Spigt M, Godefrooij M, Melkamu Y, Tekie M. Why do women prefer home births in Ethiopia? <i>BMC Pregnancy Childbirth.</i> 2013;13:5-15.
8	Doctor HV, Dahiru T. Utilization of Non-Skilled Birth Attendants in Northern Nigeria: A Rough Terrain to the Health-Related. <i>African J Reproduct Health.</i> 2010;14(2):37-45.
9	Some TD, Sombie I, Medal N. Women's perceptions of homebirths in two rural medical districts in Burkina Faso: a qualitative study. <i>Reproduct Health.</i> 2011;8:3-7.
10	Pfeiffer M. Delivering at home or in a health facility? Health-seeking behaviour of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania. <i>BMC Pregnancy Childbirth.</i> 2013;13:55.
11	Lori JR, Boyle JS. Cultural Childbirth Practices, Beliefs, and Traditions in Postconflict Liberia. <i>Health Care Women Internat.</i> 2011;32:454-473.

Dentro de los participantes en los estudios, no solo se encontraron mujeres en edad reproductiva que habían demandado la atención de las parteras tradicionales, sino también otros sujetos como los compañeros o esposos de las mujeres, las familias, líderes religiosos de las comunidades, las parteras y otros miembros de las comunidades y profesionales de la salud que brindaron atención a las gestantes.

#### CONTEXTOS SOCIOCULTURALES, CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES Y CATEGORÍAS EMERGENTES EN LOS ESTUDIOS

Todos los estudios se llevaron a cabo en zonas rurales, y en dos se tuvo en cuenta la población urbana residente. La agricultura era la actividad económica predominante. Se identificaron precarias condiciones socioeconómicas de la población, una alta mortalidad y morbilidad materna y perinatal en estas regiones y los esfuerzos de las autoridades para aumentar la cobertura de la atención del parto institucional, y de las

instituciones hospitalarias de complementar su trabajo con el quehacer de las parteras tradicionales en estos contextos rurales.

Las mujeres, sus familias y comunidades participantes tenían bajo nivel socioeconómico y educativo. Las mujeres se dedicaban a labores no calificadas y a las del hogar. En tres de los trabajos se describió la convivencia en una misma región de varios grupos étnicos y religiosos.

De las 11 unidades de análisis emergieron tres categorías:

1. Razones económicas: barreras económicas para la atención hospitalaria.
2. Factores relacionados directamente con la partera tradicional: entre la tradición y la conveniencia.
3. Factores relacionados con los servicios salud: acceso y calidad de la atención.

### **Razones económicas: barreras económicas para la atención hospitalaria**

Esta categoría emergió con mayor fuerza y como uno de los factores determinantes en la elección de la partera tradicional, ya que estas son económicas y geográficamente accesibles. La falta de dinero fue percibida por las mujeres como un factor que determina la atención en el hogar y una barrera económica para el acceso a las instituciones de salud para la atención prenatal y del parto.

En los países donde la atención hospitalaria es gratuita, las precarias condiciones socioeconómicas de las mujeres y sus familias tampoco les permitían asumir otros gastos como los suministros hospitalarios y medicamentos, además, no existía flexibilidad para los pagos en el hospital. En las comunidades donde había parteras entrenadas, el costo de esta atención también fue percibido como inasequible. Por su parte, las parteras tradicionales permitían pagar los servicios posteriormente al parto y por cuotas.

Otras razones fueron la distancia desde la residencia de la mujer a las instalaciones hospitalarias, el sistema de transporte deficiente o la falta de transporte y el mal estado de las carreteras. El costo adicional que significaba el cuidado de los otros hijos durante la ausencia de la mujer para la atención del parto lejos de su hogar, fue otra de las razones encontradas.

### **Factores relacionados directamente con la partera tradicional: entre la tradición y la conveniencia**

Los resultados de los estudios reflejaron que para las mujeres y sus familias, la atención de las parteras tradicionales es culturalmente más aceptable en sus entornos sociales. Varios son los aspectos relacionados en esta categoría.

*Confianza en la partera tradicional.* Al ser parte de la comunidad, hablar el idioma local, vivir en la comunidad y compartir los mismos elementos culturales, las mujeres han desarrollado un sentimiento de confianza en las parteras tradicionales, además de que sus servicios han sido utilizados por otros miembros de la familia, relatándose una larga tradición en ello. En muchas zonas rurales las parteras tradicionales han sido las únicas proveedoras para la atención del parto por muchos años antes de la instauración de la atención institucional.

Las parteras tradicionales viven en la misma comunidad que las mujeres y se conocen desde que eran jóvenes, son parte y mantienen una buena relación con estas; y por esto son fácilmente accesibles. Asimismo, muchas ejercen un importante papel como líderes en sus comunidades. Por otra parte, para las mujeres primaba el deseo y la preferencia del nacimiento de su hijo en un ambiente privado, conocido, cómodo y confidencial con la ayuda de alguien de su confianza.

La confianza en la partera tradicional se relacionó con la afirmación de que tenían suficientes conocimientos y habilidades para atender a mujeres embarazadas, en la eficacia de sus servicios y en que estos podían mejorar con algún tipo de formación. Por tanto, su capacidad era suficiente y no se necesitaba de la atención médica ni institucional, que en muchos contextos no era habitual. En este sentido, se optaba por la partera tradicional como la primera línea de atención, a menos que se creyera que el trabajo de parto no sería normal.

Otro elemento importante recaía en que las parteras tradicionales no abusaban verbalmente de las mujeres ni las maltrataban como refirieron que sucedía en las instalaciones hospitalarias, de ahí, que las mujeres se sentían respetadas y consideraban que les proveían un cuidado más compasivo que el brindado por los profesionales de la salud.

*Prácticas culturales.* Existe una percepción de que el parto es un rito natural para las mujeres, y por esto debe ocurrir en el hogar, a menos que se presenten complicaciones o se les recomiendan que sean atendidas en instituciones de salud. Con el uso de las prácticas tradicionales, las mujeres perciben que se les facilita el proceso del parto y se reduce el uso de intervenciones médicas. Estas acciones eran todavía una parte integral del cuidado durante el período estudiado, y les generó seguridad y proporcionó apoyo emocional y físico a las gestantes.

Las parteras tradicionales preservaban y promovían las prácticas tradicionales que están arraigadas en las creencias culturales de los grupos legitimándolas en su quehacer. Con acciones como masajear el abdomen, enterrar la placenta en la casa, orar y apoyar a la familia, cumplían con las expectativas culturales y sociales de la atención a la mujer de una manera que no lo hace el sistema formal de salud. Por otra parte, las prácticas tradicionales se veían en oposición a las modernas, y el uso de las instalaciones hospitalarias era percibido como modernidad. Las mujeres que no estaban sensibilizadas para utilizar atención en estas últimas eran consideradas por los profesionales de la salud como "ignorantes". En tal situación, las prácticas tradicionales se apreciaban por las mujeres como una barrera para la atención del parto en el centro de salud. Por ejemplo, mientras en el centro de salud les recomendaba acostarse, ellas consideraban que no era bueno tener sus hijos en esa posición ya que estaban acostumbradas a agacharse para el acto expulsivo.

*Presiones sociales.* Los miembros de la familia, como la suegra y la madre como principales asesores, generaban presión en la mujer para su decisión en la atención del parto, basadas en sus experiencias de la atención hospitalaria *versus* la de la partera tradicional; aconsejaban por lo general quedarse en el hogar. Sobre la mujer también ejercían presiones los líderes de las comunidades, en el afán de que estas buscaran las prácticas tradicionales durante la atención del parto. Además, la mujer obtenía el apoyo necesario de sus cónyuges para acceder al servicio de la partera tradicional.

*Conveniencia.* Al ser atendidos sus partos en el hogar, las mujeres no necesitaban de nadie para cuidar de sus otros hijos, podían quedarse en su casa, y el marido u otros miembros de la familia cuidaban también de ellas.

### Factores relacionados con los servicios salud: acceso y calidad de la atención

Además de la distancia física, la accesibilidad a los servicios de salud se veía afectada por la disponibilidad de los proveedores de atención médica, la escasez de personal calificado y los prolongados tiempos de espera para recibir atención en los hospitales. Sumado a lo anterior, las experiencias de atención en las instituciones se describieron como frías o antipáticas, y calificaron el trato de los médicos como irrespetuoso e indigno, referidos sobre todo a los múltiples y dolorosos exámenes vaginales realizados por varios médicos. La mujer sentía que se vulneraba su privacidad. Por todo lo antes dicho, se calificaba como mala la atención recibida en las instituciones hospitalarias, y las mujeres dudaban en acceder a ella, incluso si contaban con el acceso gratuito.

Otros elementos que influyeron fueron la falta de familiaridad, conocimientos y experiencias con el entorno, las rutinas y los procedimientos hospitalarios para las mujeres residentes en zonas rurales y barreras cognitivas como el miedo a los procedimientos quirúrgicos (cesárea), y la duda o incredulidad con los beneficios del cuidado recibido dentro de las instituciones hospitalarias.

## DISCUSIÓN

A pesar de que el tema de las preferencias de la mujer por la atención de la partera tradicional no está ampliamente documentado en la literatura científica, los resultados en este análisis documental generan varios elementos a tener en cuenta. Así, llama la atención algunos aspectos en los diseños de los estudios analizados: el abordaje del tema a través de las voces de diferentes actores y no solo desde las mujeres que ha sido atendida por parteras tradicionales, la utilización de enfoques cualitativos y de diseños mixtos para aumentar el alcance en los resultados y la triangulación metodológica en casi todos los trabajos. Estos son elementos interesantes que otorgan una mayor comprensión y profundidad en los hallazgos.

Las preferencias de las mujeres estaban determinadas por dos razones principalmente: las económicas y las relacionadas directamente con las parteras tradicionales. Así, la primera, más allá de una preferencia por la partera tradicional, se pudiera considerar una barrera económica en la atención en los servicios de salud por los costos de la atención hospitalaria; aun cuando fuera gratuita. Está demostrado que la pobreza es un factor importante que influye en la toma de decisiones sobre la utilización los servicios de salud, así como la asociación entre el índice de riqueza y el uso de servicios de salud.<sup>7-9</sup> Varios estudios relacionan el tipo de actividad económica, como la agricultura que tiene un bajo ingreso *per cápita* con la utilización de los servicios de la partera tradicional, y cómo en estas situaciones el acceso al parto institucional se convierte más proclive a ser inalcanzable.<sup>10</sup> Sin embargo, *Hadwiger* y *Hadwige*,<sup>11</sup> en Filipinas, publican que las participantes prefieren tener sus hijos en un hospital si les fuera posible económicamente.

Otro elemento relacionado con la preferencia por la partera tradicional y que también pudiera leerse como una barrera para la atención hospitalaria, es la imposibilidad del cumplimiento del rol femenino. Al decidirse la mujer por la atención del parto hospitalario, se traduce también en el abandono transitorio del cuidado de sus otros hijos, del esposo y del hogar; y la necesidad del acompañamiento de otros miembros de la familia para su cuidado. Todo esto causa una alteración en la dinámica del hogar y en la vida de la mujer. No hay que olvidar que socialmente a la mujer se le ha asignado el rol de cuidadora y no de ser cuidada.

Como segunda razón de peso que emergió están las relacionadas directamente con la partera tradicional. La cercanía y convivencia de las mujeres con esta agente tradicional crean lazos que van más allá de la atención del parto. Ser parte del mismo contexto sociocultural y ser la referencia, muchas veces la única, para el cuidado y atención del parto, de la mujer, la familia y comunidad, genera una gran confianza en esta figura. La confianza en este proveedor se reafirma por la tradición oral, la observación y verificación que hace su colectivo del trabajo, capacidad y los buenos resultados logrados en la atención de las gestantes y sus hijos. Así, la confianza en los conocimientos de las parteras tradicionales en una zona rural del sur de Tanzania fue percibido por el bajo número de muertes o sucesos fatales de la atención del parto en el hogar.<sup>12</sup>

Así, también se reafirma la credibilidad y liderazgo en su grupo. Esto es coherente con varios estudios y como lo afirma *Warren*,<sup>13</sup> la posición relativamente fuerte de las parteras tradicionales como prestadores culturalmente aceptables y confiables, las hace preferidas en las zonas rurales debido a su sensibilidad cultural y fácil disponibilidad.

A la cercanía de las parteras tradicionales, se contraponen el desconocimiento y lo extraño que para las mujeres de las zonas rurales pueden resultar las instituciones de salud con sus rígidas rutinas, procedimientos y lenguaje cargado de tecnicismos médicos. Según *Laza y Ruiz*,<sup>3</sup> lo anterior se materializa en los choques culturales que han vivido y que se vuelven parte de las experiencias y recuerdos negativos en los encuentros de las gestantes con los servicios y agentes de salud formales. Esto es resultado del desconocimiento de la realidad social y las prácticas y creencias culturales de los diferentes colectivos.

No hay que olvidar que la gestación, parto y embarazo son considerados por la gente del común o "ethos" como procesos naturales en la vida de toda mujer y no eventos "medicalizados" como los convirtió el mundo médico. En esta lógica, las parteras tradicionales continúan ganando terreno en la ruralidad, donde el evento de la maternidad se encuentra sumergido en un mundo de creencias y prácticas tradicionales, asumido y atendido desde filosofías que se sustentan en otros sistemas de salud diferentes al biomédico. Este mundo particular de tradiciones muchas veces son desconocidos y otras tantas, no son respetadas por los profesionales de la salud.

Es importante tener en cuenta que la cultura es el contexto donde las personas aprenden los valores, creencias, normas y forma de vida que influyen en su pensamiento, decisiones y acciones de cierta manera.<sup>14,15</sup> Por esto, la comprensión de las tradiciones y creencias acerca del parto y la preferencia para su atención, proporcionan un mecanismo para explorar más a fondo cómo este factor social impacta en la morbilidad y la mortalidad materna. Este acercamiento ayudará al desarrollo de intervenciones culturalmente congruentes para reducir mortalidad y morbilidad materna.<sup>16</sup> Es importante tener en cuenta lo anterior en la formulación de las políticas de salud que apunten hacia la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en los países en vía de desarrollo.

Ante estos resultados, continúa siendo inminente el necesario mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de las poblaciones rurales y vulnerables de los países en desarrollo, y a la vez, pensar en otras soluciones y acciones como el acercamiento institucional de los profesionales de la salud al contexto rural y la capacitación de las parteras tradicionales en la atención del parto y de sus complicaciones. Esto, junto con la educación y asesoramiento que conlleven al empoderamiento de la salud de la mujer y la integración a los objetivos del sistema de salud formal, ayudarán a cerrar la brecha entre el sector de la salud y los colectivos rurales para una mejor salud materna y perinatal.



No se debe pasar por alto que a la alta aceptabilidad de la partera tradicional en los contextos también se contraponen las condiciones de los servicios de salud, dado en la insatisfacción en las expectativas de las mujeres, que se sintetizan en una mala calidad de la atención. Sobre esto, *Kruk* y otros,<sup>17</sup> documentan como la preferencia de algunas mujeres por el parto en el hogar ha sido formada por sus experiencias negativas pasadas en el sistema de salud institucional con los profesionales de salud, su competencia y la disponibilidad insuficiente de medicamentos y equipos. Así, sigue siendo urgente la revisión de las condiciones para la atención del parto en las instituciones hospitalarias, en términos de congruencia cultural y de calidad en la atención que se le brinda a la mujer.

Podemos concluir que las barreras económicas se configuran como una traba que determina el acceso a la atención institucional del parto, contraponiéndose con la cercanía y confianza que tienen las mujeres en las parteras tradicionales. Es necesario seguir repensando las formas de cerrar las brechas existentes entre el sector de la salud y la atención tradicional del parto en pro de la salud materna y perinatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. State of the World's Children 2009. New York: UNICEF; 2009.
2. Perez F, Aung KD, Ngoro T, Engelsmann B, Dabis F. Participation of traditional birth attendants in prevention of mother-to-child transmission of HIV services in two rural districts in Zimbabwe: a feasibility study. *BMC Public Health*. 2008;8:401-14.
3. Laza C, Ruiz CH. Entre la necesidad y la fe. La partera tradicional en el Valle del río Cimitarra. *Ciencia Enfermer*. 2010;26(1):69-76.
4. Hoyos C. Un modelo para investigación documental. Guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación. Medellín: Señal Editora; 2000.
5. Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
6. Bautista NP. Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones. Bogotá: Manual Modern; 2011.
7. Thind A, Banerjee K. Home deliveries in Indonesia: who provides assistance? *J Comm Health*. 2004;29(4):285-303.
8. Shaikh BT, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *J Public Health*. 2005;27(1):49-54.
9. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Factors associated with non-utilization of postnatal care services in Indonesia. *J Epidemiol Comm Health*. 2009;63(10):827-31.
10. District Health Office of Garut. Health Profile of Garut District (Profil Kesehatan Kabupaten Garut). 2008. Garut District: District Health Office of Garut; 2008.
11. Hadwiger MC, Hadwige SC. Filipina mothers' perceptions about childbirth at home. *Nur Rev*. 2011;59:125-31.

12. Pfeiffer C, Mwaipopo R. Delivering at home or in a health facility? health-seeking behaviour of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania. *BMC Preg Childbirth*. 2013; 13:55-65.
13. Warren C. Care seeking for maternal health: challenges remain for poor women. *Ethiop J Health Dev*. 2010;24: 100-04.
14. Agus Y, Horiuchi S. Factors influencing the use of antenatal care during pregnancy in a rural area of West Sumatra. *BMC Preg Childbirth*. 2012; 12: 9.
15. Aikawa R, Jimba M, Nguen KC, Zhao Y, Binns CW, Lee MK. Why do adult women in Vietnam take iron tablets? *BMC Public Health*. 2006; 6: 144-52.
16. Lori JR, Boyle JS. Cultural Childbirth Practices, Beliefs, and Traditions in Postconflict Liberia. *Health Care Women Internat*. 2011; 32: 454-73.
17. Kruk ME, Paczkowski MM, Tegegn A, Tessema F, Hadley C, Asefa M, et al. Women's preferences for obstetric care in rural Ethiopia: a population based discrete choice experiment in a region with low rates of facility delivery. *J Epidemiol Comm Health*. 2010; 64: 984-8.

Recibido: 20 de marzo de 2014.

Aprobado: 6 de abril de 2015.

*Celmira Laza Vásquez*. Fundación Universitaria del Área Andina-Sede Bogotá. Carrera 14A No. 70A-34. Bogotá D.C., Colombia.

Direcciones electrónicas: [claza@areandina.edu.co](mailto:claza@areandina.edu.co); [celmira.laza@gmail.com](mailto:celmira.laza@gmail.com)