

Estudios científicos que favorecen el parto en el hogar por parteras y en Casas de Maternidad (llamadas también Clínicas de Maternidad) más, análisis sobre el transporte entre otros de Marsden Wagner retirado de la OMS.

Partos en el hogar

1. Lindgren, H.E.; Radestad, I.J.; Christensson, K.; Wally-Bystrom, K.; Hildingsson, I.M. Percepciones de riesgos y manejo de riesgos en 735 mujeres optando por un parto domiciliario. Midwifery. 2008.

Usando datos de una encuesta realizada a todas las mujeres que tuvieron sus partos en la casa en Suecia entre 1992 y 2005, este estudio tiene el propósito de describir las percepciones de riesgo y manejo de riesgos de las mujeres en relación al parto. Categorías de riesgo percibido relacionados al parto en el hospital y en la casa surgieron. El riesgo percibido del parto en el hospital incluyó pérdida de autonomía, cuidado despersonalizado, y sometimiento a intervenciones; riesgos percibidos del parto domiciliario se centraron en la dificultad de acceso al cuidado de emergencia (en el peor de los casos). El estudio encontró, que las mujeres rehuían discutir riesgos con los proveedores (otros, que no era su partera que le iba atender en su parto domiciliario) como estrategia para manejar riesgos percibidos.

2. Schramm WF, Barnes DE, Bakewell JM. Mortalidad neonatal en partos en el hogar en Missouri, 1978-84. American Journal of Public Health. 1987;77(8):930-935.
Compara parto planificado en el hogar y parto planificado en el hospital en Missouri. Entre el grupo de los partos planificados en el hogar atendido por médicos, enfermeras parteras certificadas y parteras certificadas, las diferencias en mortalidad neonatal no eran significativas, comparados con partos en el hospital atendidos por médicos. Cualquier aumento relativo de riesgo se atribuía a proveedores no cualificados.

3. Burnett CA, 3rd, Jones JA, Rooks J, Chen CH, Tyler CW, Jr., Miller CA. Partos en el hogar y mortalidad and neonatal en North Carolina. JAMA. 1980;244(24):2741-2745.
Examina partos en la casa planificados y no planificados en Carolina del Norte en un grupo de mujeres demográficamente de alto riesgo. Excluyendo partos en el hogar no planificado y partos de alto riesgo, no se encontró diferencias significativas de mortalidad neonatal entre partos en el hogar planificado y partos planificados en el hospital.

4. Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, et al. Hogar versus partos en el hospital: Estudio de seguimiento de pares iguales para procedimientos y resultados. Zurich Study Team. BMJ. 1996;313(7068):1313-1318.
Estudio prospectivo de pares iguales de 489 partos planificados en el hogar y 385 partos planificados en el hospital. El diseño del estudio atendió con mucho cuidado temas de estatus de planificación, criterios de traslados y lugar actual del parto. Los grupos fueron seleccionados por pares iguales según edad, paridad, historial ginecológico y obstétrico, historial médico, situación de la pareja, clase social y nacionalidad. El resultado más importante fue la necesidad de medicación e intervenciones de intra parto, duración de parto, seriedad de laceraciones, hemorragias, condición neonatal y mortalidad perinatal. Se encontró incidencias más bajas de intervenciones, de medicación, de laceraciones y una evaluación más alta del Apagar en los partos del hogar. No se encontraron diferencias de peso de nacimiento, condición clínica o edad gestacional entre los grupos.

5. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Encuesta

colaborativa de pérdida perinatal en partos planificados y no planificados en el hogar. British Medical Journal. 1996;313(7068):1306-1309.

El grupo coordinador coleccionó e analizo datos de 558 691 partos durante los primeros 14 años (1981-1994) con 2888 para parto en la casa con embarazo a término.

Encontraron que la mortalidad perinatal en el grupo de partos planificados en el hogar era menos de la mitad del promedio de todos los partos, aun cuando se incluyeron los traslados al hospital. La mortalidad en partos no planificados en el hogar era cuatro veces más alto que la de todos los partos registrados. La mortalidad perinatal para mujeres con partos planificados en el hogar fue juzgado inevitable y no fue asociada con lugar. Críticos del parto en el hogar muchas veces citan ese estudio erróneamente, con 134 perdidas en 3466 partos. Pero el 97% de estas pérdidas ocurrieron en partos no planificados en el hogar. Las restantes perdidas se debían a causas no afectadas por lugar de nacimiento. Análisis adicional que compara datos del grupo de los partos en el hogar con partos de bajos riesgos en el hospital concluyeron que no había diferencias significativas en tasas de mortalidad perinatal.

6. Olsen O. Meta-análisis sobre seguridad del parto en el hogar. Birth. 1997;24(1):4-13; discusión 14-16.

Meta-análisis de estudios observacionales, comparables, con una metodología impecable que investigó las diferencias en mortalidad y mortandad perinatal entre partos planificados en el hogar y partos planificados en el hospital. Análisis estadística multi-variada que controla trasfondo obstétrico, factores perinatales, poblaciones comparables, criterios de inclusión, criterios de traslado, y resultados. Análisis revelo que no existió diferencia estadística en mortalidad entre partos planificados en el hogar y partos planificados en el hospital. El intervalo de confianza no permitió para riesgos excesivos extremos de ninguno de los grupos (OR=0.87, 95% CI=0.54-1.41). Además había significadamente menos intervenciones medicas, menos laceraciones severas, menos partos operativos, y menos evaluaciones bajas de Apgar en los en los grupos de partos en el hogar.

7. de Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, et al. Mortalidad y mortandad perinatal en un estudio poblacional nacional de 529,688 partos de bajo riesgo planificados en el hogar y en el hospital. BJOG 2009; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x.

Estudio prospectivo con 529 688 mujeres de bajo riesgo en los Países Bajos (Holanda), atendíendose en cuidado primario con una partera al inicio del parto. **Este estudio es la investigación más grande sobre la seguridad del parto en el hogar.** El estudio comparo mortalidad y mortandad perinatal entre partos planificados en el hogar (321 301; 60%) parto planificado en el hospital 163 261; 30.8%) y lugar desconocido de parto (45 120; 8.5%). Se uso el registro nacional perinatal y neonatal de datos entre 2000-2006. Los grupos fueron apareados usando análisis regresivo logístico según paridad, edad gestional, edad maternal, trasfondo étnico y estatus socio-económico. Criterio de inclusión aseguro que los sujetos fueron estrictamente de bajo riesgo. Las conclusiones principales fueron muerte intra parto y muerte intra parto y neonatal dentro de 24 horas y 7 días después del nacimiento, y ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. No se encontraron diferencias significativas entre partos planificados en el hogar y partos en el hospital para ningunos de las categorías principales. Los autores concluyeron, que partos planificados en el hogar para una población de bajo riesgo no están asociados con tasas más altas de mortalidad perinatal o con un aumento de riesgo para ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal comparado con partos planificado en el hospital.

8. Cawthon L. Parto planificado en el hogar: resultados entre mujeres con seguro asistencial en el estado de Washington. Olympia, WA: Washington Department of Social and Health Services; 1996.

Este estudio describe datos perinatales de 2,054 mujeres con seguro asistencial bajo el cuidado de parteras licenciadas entre 1989-1994. Los partos fueron categorizados por tipo de lugar de nacimiento; características maternas, cuidado prenatal y resultados de partos se compararon con partos planificados en el hogar y en centro de partos o en hospitales. Los investigadores compararon todas las mujeres que recibieron cuidado de parteras licenciadas, mujeres recibiendo cuidado de enfermeras-parteras certificadas, y todas las otras mujeres recibiendo cuidado bajo el seguro asistencial. No se encontraron diferencias estadísticamente significante en tasas de mortalidad. Anomalías congénitas y SIDS (Muerte Súbita Infantil) causaron la mayoría de las muertes. El número de niños muertos o muertes neonatales de mujeres que parieron en el hogar era zero (0) y la tasa de traslado al hospital para el parto en el hospital para mujeres experimentando muerte fetal o muerte neonatal fue de un 100%, sugiriendo evaluación adecuado y selección de lugar por parteras licenciadas.

9. Johnson K, Daviss BA. Resultados de partos planificados en el hogar con parteras profesionales certificadas: Estudio grande prospectivo en América del Norte. BMJ 2005; 330;1416.

Estudio prospectivo de 5418 partos atendidas por **Parteras Profesionales Certificadas (CPM)** en 2000. Describe a una tasa de traslado de 12%, 3.7 tasa de cesárea, 1.7/1000 tasa de mortalidad neonatal, y tasas de intervención más bajas en partos planificados en el hogar.

10. Hutton, E.; Reitsma, A.; Kaufman, K. Resultados asociados con partos planificados en el hogar y partos planificados en el hospital de mujeres de bajo riesgos atendidas por parteras en Ontario, Canadá. 2003-2006: Un estudio prospectivo. Birth 2009 63(3): 180-189.

Hutton et al. Uso el Ontario Ministry of Health Midwifery Program (OMP) base de datos para comparar resultados de todas las mujeres planificando un parto en el hogar entre 2003-2006 (N=6692) con una muestra comparada de mujeres planificando un parto en el hospital (N=6692) (mujeres contraindicadas para un parto en el hogar fueron excluidas). El grupo de partos en el hogar tuvo tasa más bajas de cesáreas (RR0.64), de mortandad/mortalidad maternal (PP0.77) y de mortandad/mortalidad neonatal (RR0.80). Los resultados sugieren que las parteras de Ontario proveen evaluación adecuado y cuidado seguro para las mujeres planificando un parto en el hogar. Tuvieron tasas más bajas de cesáreas que mujeres de bajo riesgo optando por partos en el hospital.

Un estudio realizado en Puerto Rico[1] en las décadas del 1980 y 1990 mostró, mortalidad de madre y recién nacido nula, bajo peso al nacer de 1.7%, cesáreas en 4% y el 95% de los bebés amamantó por un periodo de tiempo de cuatro meses o más. En el estudio de satisfacción de servicios, en la misma tesis, la labor de la partera se calificó predominantemente excelente y todas las madres coincidieron en volver a solicitar los servicios.

[1]“El Servicio de las Parteras (comadronas) en Puerto Rico. Historia de la profesión y análisis del servicio a través del nivel de satisfacción de las madres atendidas durante la gestación, alumbramiento y puerperio (1999)

Casas de Maternidad (Centro de Partos)

Resultados de cuidado en Casas de Maternidad (Centro de Partos). The National Birth Center Study.

Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A.

Fuente

Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, New York.

Resumen

Estudiamos 11,814 mujeres que fueron admitidas para el parto a 84 Casa de Maternidades independientes en los Estados Unidos de América. Las mujeres y sus infantes fueron seguidas durante el parto o el traslado al hospital por un término de un mínimo de 4 semanas. Las mujeres fueron consideradas menos de bajo riesgo para su embarazo y parto, según muchos, pero no todos factores de riesgos demográficos y de conducta. El 70.7 por ciento de las mujeres solo tuvo complicaciones menores o ningunas; 7.9 por ciento tuvo complicaciones serias de emergencias durante el proceso de parto y nacimiento o pos parto inmediato, como meconio espeso o severa distocia del hombro. Una de cada seis mujeres (15.8 por ciento) fue trasladada al hospital; 2.4 por ciento tuvieron traslados de emergencia. Veintinueve por ciento de nulíparas y solamente 7 por ciento de mujeres multíparas fueron trasladadas, pero la frecuencia de traslados de emergencia fue igual. La tasa de cesárea fue de 4.4 por ciento. No había muerte materna. La tasa de mortalidad intra parto y neonatal fue 1.3 por 1000 nacimientos. La tasa de mortalidad infantil y evaluaciones bajas del Apgar fueron similares a los reportados en estudios grandes de partos de bajo riesgos en el hospital. Concluimos que las Casas de Maternidades de Partos ofrecen una alternativa segura y aceptable para mujeres embarazadas seleccionadas vs partos en el hospital. Particularmente para las mujeres que tuvieron hijos y que tal cuidado conduce a relativamente pocas cesáreas.

American Association of Birth Centers

America's Birth Center Resource

The Birth Center Experience Experiencia en el país sobre Casas de Maternidad

<http://www.birthcenters.org/pdf/bcexp.pdf>

Birth Centers Lead Cost Containment Efforts While Providing Quality Care“Few innovations in health service promote lower cost, greater availability, and a high degree of satisfaction with a comparable degree of safety.

El resultado de este estudio sugiere que las Casas de Maternidades modernos saben identificar mujeres de bajo riesgo para complicaciones obstétricas y pueden cuidarlas de manera que proveen este beneficio.

New England Journal of Medicine, 12/28/89

Qué es un centro de parto (Casa de Maternidad)

Una Casa de Maternidad es una facilidad parecida a la del hogar, que existe dentro del sistema de salud con un programa de cuidado diseñado como un modelo de bienestar durante el embarazo y parto.

Las Casas de Maternidades se rigen por principios de prevención, sensibilidad, seguridad, intervenciones médicas apropiadas y costo efectividad.

Las Casas de Maternidades proveen cuidado centrado en la familia para mujeres saludables antes, durante y después embarazo, parto y nacimiento normal.

The Birth Center Experience. La experiencia de las Casas de Maternidades

?? La calidad de cuidado en las Casas de Maternidades reportados en “El estudio nacional de las Casas de Maternidades “refleja la baja tasa de mortalidad intra parto y

neonatal de 1.3/1000 nacimientos; 0.7/1000 si anomalías letales se excluyen. Esa tasas son comparables a las de estudios realizadas de parto de bajos riesgos en hospitales. La tasa de cesárea para mujeres atendándose en Casa de Maternidades es un promedio de 4.4%, aproximadamente la mitad de la tasa de cesárea en estudios de partos de bajo riesgo en el hospital.

Las Casas de Maternidades a nivel nacional han cobradas consistentemente 50% menos de los que cobran los hospitales para cuidado de un parto y nacimiento normal durante una estadía regular y 30% menos que una estadía corta, incluyendo los pagos para los proveedores.

Más de la mitad de las Casas de Maternidades incluyen en sus cobros exámenes de laboratorios de rutina, educación sobre embarazo y parto, visitas a la casa, visitas adicionales de consulta y exámenes iniciales del recién nacido.

La mayoría de las compañías de seguros de salud tienen contratos con las Casas de Maternidades para reembolsar los servicios. Como los cargos reflejan los gastos y como las Casas de Maternidades son una unidad de servicio, no existe la manera de trasladar los gastos o operar la Casa de Maternidades como “movida de perdidas” a otros servicios.

Recomendación 98.8 por ciento de las mujeres usando una Casa de Maternidad la recomendaría a amigas o regresaría a la casa para un próximo parto.¹

Benefits of Birth Centers to Families. Beneficios a las familias

La Casa de Maternidad ve embarazo y parto como un acontecimiento normal, hasta comprobado lo contrario. El programa alienta la integración de la familia y provee un ambiente seguro para que las familias puedan experimentar la renovación social, emocional y espiritual, inherente en dar a luz a una nueva vida. A la vez atiende la posibilidad de complicaciones requiriendo intervención médica o cuidado en un hospital. Esto es en contraposición a la idea de que el embarazo es una enfermedad y que el parto/nacimiento es un acontecimiento medico/quirúrgico que necesita ser curado.

El programa de educación de la Casa de Maternidad estimula a los padres de informarse, asumir responsabilidad para su salud propia y la de sus familias.

La Casa de Maternidad une generaciones, celebrando la vida nueva, alentando a abuelo/as y niño/as participar en el programa de la Casa de Maternidad.

Por 30 años Las Casas de Maternidades han demostradas que son una alternativa viable para partos domiciliarios no atendidos y al cuidado agudo costoso en el hospital. Ahora es tiempo para integrar estos servicios al “dominio publico”.

Beneficios a los negocios e industrias

Las Casa de Maternidades ofrecen a la industria y a las empresas ahorros directos en los gastos de beneficios de salud. Si se atenderían solamente 100,00 partos en las Casas de Maternidades, el ahorro anual podría ser de casi 314 millones de dólares. 2, 3 El programa de las Casas de Maternidades provee una base inicial para programas de bienestar y de prevención establecida por la industria...

La atención intensiva durante los nueve meses, enfocada a mejorar la salud familiar a través de la promoción de cambios de estilos de vida, puede tener un efecto domino a largo plazo en la mejoría de la salud familiar. .

Efectos en los servicios de hospital

Las Casas de Maternidades tuvieron un impacto mayor en humanizar cuidado agudo de servicios de maternidad en hospitales. Notable es el aumento de cuartos de partos en hospitales, el aumento de privilegios en hospitales para enfermeras-parteras y actitudes más liberales a la participación de la familia.

Las Casas de Maternidades han demostrado que las mayorías de las mujeres pasan por el proceso de embarazo y parto usando servicios de cuidado agudo solamente cuando necesario. En un programa enfocado al bienestar durante el embarazo y parto, las Casas de Maternidades serían las que vigilan/filtran hacia los servicios de cuidado agudo obstétrico y neonatal. .

Eventualmente las Casas de Maternidades ayudarían a reducir el número de camas costosas en el hospital y expandirían sus servicios de cuidado primarios.

Las Casas de Maternidades ayudarían a reducir la dependencia, promovida por el confinamiento institucional, y fortalecer la capacidad de la familia de compartir la responsabilidad para el cuidado maternal y de salud familiar.

Las Casas de Maternidades ayudarían a desarrollar un sistema de cuidado, basado en las necesidades de la familia primero y segundo basado en las necesidades de educación médica o en la promoción de productos.

Cómo afecta a los/las obstetras

Las Casas de Maternidades proveen una oportunidad para los/las obstetras y médicos de familia de aprender y practicar la partería – un intensivo en tiempo y educación- con el cuidado “centrado en la mujer”. Las Casas de Maternidades ofrecen una oportunidad a los/las obstetras de desarrollar equipos de proveedores profesionales. Esto mejoraría los servicios de cuidado primario para las familias y ayudaría a que los/las obstetras podrían usar sus herramientas de especialistas mejor. .

Como se asegura la cualidad en las Casas de Maternidades

- La promoción de regulaciones estatales para licencias (37 estados han establecidas licencias para Casas de Maternidades)
- El establecimiento de estándares nacionales (adoptado en 1985).
- El programa de calidad continuo para Casas de Maternidades (programa modelo disponible).
- La acreditación por la Comisión de acreditación para Casas de Maternidades.
- How do Birth Centers Contain Costs? Costo efectividad de la Casas de Maternidades
- Retener autonomía (control) en las operaciones fiscales de Las Casas de Maternidades y los programas, sin importar su propietario (algunos hospitales son propietarios de Casas de Maternidades independientes).
- Proveyendo “alto toque” vs “alta tecnología”, las Casas de Maternidades minimizan el uso excesivo de la tecnología.
- Utilizando un programa de cuidado primario que enfatiza educación, bienestar, prevención, auto ayuda y auto responsabilidad en el mantenimiento de la salud familiar.
- Usando personal eficientemente, proveedores solamente se encuentran en las Casas de Maternidades si una mamá está ingresada. Como las Casas de Maternidades no compiten con servicios de emergencias o de cuidados agudos en los hospitales, los recursos de personal se usaran eficientemente y apropiadamente.
- Compartiendo responsabilidad para prevención de enfermedad con la familia.
- Usando servicios comunitarios existentes disponibles (en vez de crear duplicaciones costosas) para servicios de traslado, servicios sociales, consultas médicas, laboratorios, etc.
- Usando procedimientos establecidos para la detección de complicaciones y el traslado de mujeres con problemas a los servicios de cuidado agudos.

REFERENCIAS

1. Rooks, J., et al., "Resultados de Cuido en Centro de Partos: "El estudio nacional de Centro de Partos", New England Journal of Medicine, 321:1804-1811, (December 28), 1989
2. Health Insurance Association of America, Source Book of Health Insurance Data - 1996, 1996, Washington, DC.
3. National Association of Childbearing Centers, NACC 1996 Annual Survey Report of Birth Center Experience, 1997, Perkiomenville, PA.
4. Rooks, J., et al., "El estudio nacional de Centro de Partos " 1era parte- Metodología , cuidado prenatal y referidos, Journal of Nurse-Midwifery, Vol. 37, No. 4: 222-253, July/August, 1992
5. Rooks, J., et al., ., "El estudio nacional de Centro de Partos " 2nda parte- " Cuidado Intraparto y pos parto neonatal inmediato", Journal of Nurse-Midwifery, Vol. 37, No. 5: 301-340, September/October, 1992
6. Rooks, J., et al., ""El estudio nacional de Centro de Partos " 3era- parte", Cuidado Intraparto y pos parto neonatal inmediato", Complicaciones y traslados.
7. Cuidado neonatal, resultados y satisfacción de usuarios ", Journal of Nurse-Midwifery, Vol. 37, No. 6: 361-397, November/December, 1992

Marsden Wagner comenzó su carrera en salud pública como neonatólogo y epidemiólogo, primero en California y después en Dinamarca. Se retiró de una posición distinguida como coordinador de la Oficina Europea de Salud Materno-Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ahora trabaja como consultor para la OMS en los países de Europa Central y Oriental. Presidió 3 conferencias de consenso sobre la tecnología apropiada usada durante el parto, convocadas por la OMS. Como exponente en el plano internacional es frecuentemente invitado por su apoyo al arte de la partería y a las parteras.

"Muchos proveedores de salud y sus organizaciones siguen creyendo en los peligros de los partos atendidos fuera del hospital, en una Casa de Maternidad o en el hogar, rechazando la aplastante evidencia indicando, que un parto planificado para mujeres de bajo riesgo fuera del hospital, es seguro. La respuesta de los proveedores de la salud "Pero si en un parto fuera del hospital pasa algo?" Ya que la mayoría de los proveedores nunca atendieron un parto fuera del hospital su pregunta "si pasa algo" tiene varias asunciones falsas. La primera asunción es, que el parto es muy rápido. De hecho con pocas excepciones, el proceso de parto y el parto/nacimiento se mueve lentamente y una emergencia verdadera, cuando segundos cuentan, es muy rara. Como veamos más adelante, la partera en la Casa de Maternidad o en el hogar puede atender a esas emergencias.

"La segunda asunción falsa es, cuando problemas ocurren una partera en un parto fuera del hospital no puede hacer nada. Esa asunción solamente puede haberse hecho por alguien que nunca ha observado parteras atendiendo partos fuera del hospital. Una partera entrenada puede anticipar problemas y generalmente prevenirlas en primer lugar, ya que ella provee cuidado directo en una relación de una a una a la parturienta. Eso no es así en el hospital donde enfermeras o parteras solamente son capaces de compartir el cuidado cuando tengan varias mujeres en proceso de parto. Si hay problemas, con pocas excepciones, la partera practicando fuera del hospital puede hacer todo lo que se haría en el hospital, incluyendo dando oxígeno, etc. Por ejemplo, si

la cabeza del bebe ha salido y el hombro se atasca, nada puede hacerse en el hospital excepto ciertas maniobras para mama y bebe que la partera atendiendo fuera del hospital es igualmente capaz de hacerlas. La maniobra exitosa más reciente para tal “distocia del hombro” reportada en la literatura médica fue nombrada “Maniobra de Gaskin” y tiene el nombre de una partera atendiendo partos en el hogar y que la describió por primera vez. (Gaskin maneuver).^[10]

"La tercera asunción falsa es, se puede actuar más rápidamente en el hospital. La verdad es que en el servicio privado, el médico de la mujer ni siquiera se encuentra en el hospital la mayor parte del tiempo durante el proceso de parto y tiene que ser llamado por la enfermera cuando un problema ocurre. El “tiempo de traslado” del médico es igual al tiempo de traslado de una mujer de una Casa de Maternidad o del hogar. Aun cuando una operación por cesárea es indicada, el hospital toma un promedio de 20 minutos para preparar para la cirugía, localizar al anestesiólogo, etc. Y durante estos 20 minutos el médico, o la mujer de la Casa de Maternidad o del hogar están de tránsito al hospital. Por esto es importante una buena relación colaborativa entre la partera del hogar y el hospital. Cuando la partera llama al hospital e informa sobre el traslado, el hospital no perderá tiempo en hacer los arreglos pertinentes y necesarios para el ingreso de la parturienta. Estas son las razones, -que no existe data apoyando el caso único, de anécdota “si pasa algo” usado por médicos a llenar de miedo al público y los políticos en relación a los partos fuera del hospital.”

From
<http://www.birthinternational.com/articles/wagner03.html><http://relacahupan.net/menu.htm>

[1]“El Servicio de las Parteras (comadronas) en Puerto Rico. Historia de la profesión y análisis del servicio a través del nivel de satisfacción de las madres atendidas durante la gestación, alumbramiento y puerperio durante las décadas del 1980 y 1990”, Tesis aceptada por la Escuela de Salud Pública de Puerto Rico en el 1999.

RELACAHUPAN <http://relacahupan.net/menu.htm>