

La Maternidad Segura: se encuentra en el protagonismo de las mujeres

La seguridad y la humanidad durante el parto son de los derechos más básicos de las mujeres. Esto incluye la necesidad de recibir atención adecuada, así como privacidad, autonomía y la capacidad de tomar decisiones informadas, y el derecho de los bebés de nacer sin trauma en un ambiente de confianza y seguridad. Las parteras que proporcionan cuidados de maternidad en comunidades remotas de América Latina tienen el derecho de recibir entrenamiento adecuado y de contar con el equipo y medicamentos necesarios para manejar complicaciones, y de tener acceso a un sistema de referencia óptimo que asegure el acceso oportuno a servicios de emergencia en casos necesarios. El derecho a servicios obstétricos de emergencia para atender complicaciones que pongan en peligro la vida es fundamental para salvar vidas en Latino América. La maternidad debería ser segura y empoderar tanto a las mujeres como a los niños; nuestro futuro depende de ello.

ANTECEDENTES

Todas las mujeres necesitan y desean gozar de buena salud y recibir la mejor atención posible para ellas y sus bebés durante el nacimiento. Una emergencia médica durante el parto es la peor pesadilla de toda mujer embarazada. La imagen de una madre teniendo una hemorragia o convulsionando durante el parto, o de un bebé que no respira inmediatamente después de nacer, nos causa miedo y dolor. La maternidad no-segura es la tragedia silenciosa de cientos de miles de niños que cada año pierden a la persona que mejor los puede guiar y cuidar durante la niñez. No fue sino hasta 1985, cuando la OMS anunció por primera vez que medio millón de mujeres morían cada año debido a complicaciones obstétricas, que las autoridades de salud pública y algunos grupos de mujeres empezaron a investigar y proponer condiciones para que la maternidad sea más segura.

El bienestar de las comunidades en América Latina depende de la presencia, salud y del intenso trabajo físico de las mujeres y madres tanto en el hogar como en el lugar de trabajo, sin mencionar su voluntad y capacidad de tener hijos. Sin embargo, los gobiernos de la región han prestado poca atención al asunto de la maternidad segura. Cada año en América Latina, 22,000 mujeres mueren durante el embarazo, parto y en los primeros 42 días después de dar a luz (OMS). Además, se estima que por cada mujer que muere, entre 30 y 50 experimentan algún daño relacionado al embarazo y la maternidad que las dejará incapacitadas temporalmente, o con una lesión permanente. Aproximadamente cuatro millones de mujeres recurren al aborto cada año en América Latina, y la mayoría de éstos son realizados clandestinamente y en condiciones peligrosas, a menudo resultando en daños permanentes y ocasionan cinco mil muertes cada año (Singh y Sedgh). Se estima que 800,000 mujeres son hospitalizadas debido a complicaciones. De los únicos cinco países en el mundo donde

el aborto está completamente prohibido en todas las circunstancias, aún cuando es probable que la madre muera, cuatro países están en Latinoamérica. La región enfrenta un enorme problema de salud pública, que amenaza la vida de las mujeres, y ejerce una gran presión en los sistemas de salud de por sí sobrecargados.

En 1987 la Iniciativa Global para una Maternidad Segura manifestó la necesidad de mejorar el estatus de las mujeres, mejorar los servicios de aborto en los lugares donde es legal, educar a las comunidades y fortalecer y expandir los elementos fundamentales de la salud materna (prenatal, durante el parto, y posparto) a nivel de la comunidad. Durante el mismo año, organizaciones no gubernamentales y agencias de Naciones Unidas se enfocaron en el control prenatal para detectar mujeres en riesgo, y en entrenar parteras tradicionales (empíricas) en medidas preventivas para mejorar la atención durante el parto a nivel de la comunidad. Diez años más tarde, durante la conferencia del décimo aniversario de la Iniciativa, se demostró que estas estrategias no estaban funcionando y el enfoque cambió a intervenciones del sector de salud y a incrementar el acceso de las mujeres a atención médica profesional.

La OMS emitió un enunciado que decía que la razón subyacente para los altos índices de mortalidad y morbilidad materna era la alarmante carencia de parteras entrenadas. Lo ideal es que todas las mujeres sean atendidas por parteras profesionales, y que haya servicios médicos de emergencia disponibles para todos los partos en caso de complicaciones o emergencias obstétricas inesperadas. Las parteras tradicionales, ya sea capacitadas o sin entrenamiento, han sido excluidas de la definición de proveedoras de salud calificadas, porque no cuentan con las habilidades clínicas, medicamentos, equipo o infraestructura para manejar complicaciones como hemorragias, eclampsia o infecciones graves.

En el año 2000, se estimaba que en los centros urbanos de América Latina, 70% de los partos eran atendidos por doctores, 15% por otros profesionales, 10% por parteras tradicionales, y 5% por otras personas. En las áreas rurales, 30% de los partos fueron atendidos por médicos, 15% por otros profesionales, 40% por parteras tradicionales y 15% por otras personas.

PARTERAS

Existen muchos términos para las parteras en las Américas, como matrona en Chile y Bolivia, enfermera partera en Puerto Rico, obstetriz en Perú y Ecuador, enfermera obstetra y partera tradicional in Costa Rica y Nicaragua, comadrona en Guatemala, enfermera obstétrica en Brasil, obstetriz licenciada en Paraguay y Perú, etc. Las parteras reconocidas por la OMS incluyen solamente a las que se han graduado de un programa reconocido por sus gobiernos de dos o más años de entrenamiento formal. Para poder diferenciar a las parteras entrenadas por el gobierno, del grupo de parteras formadas empíricamente, crearon los términos partera profesional y partera empírica, respectivamente. En América Latina, las parteras profesionales son bachilleres (graduadas de la escuela secundaria) que después estudian partería, a menudo antes de tener hijos ellas mismas, por lo que generalmente son jóvenes y relativamente sin

experiencia, comparadas con las parteras tradicionales, quienes usualmente son mujeres mayores con hijos grandes. Convertirse en partera tradicional es un llamado, una vocación, fruto de la necesidad. Por otra parte, convertirse en partera profesional es una elección de carrera.

En toda América Latina, a pesar de los programas masivos para llevar el parto a las clínicas y hospitales, muchas mujeres en las áreas rurales continúan dando a luz en sus hogares con parteras tradicionales, a menudo sin ninguna posibilidad de respaldo médico en caso de complicaciones o emergencia. La meta ambiciosa de la Iniciativa Global para una Maternidad Segura de que todos los partos sean atendidos por parteras profesionales o médicos en clínicas u hospitales, está, sencillamente, fuera del alcance para millones de mujeres latinoamericanas, para quienes la única ayuda cercana con que cuentan son las parteras tradicionales. Los esfuerzos para salvar a las mujeres de más alto riesgo deberían primero concentrarse en que los servicios de emergencia obstétricos estén disponibles para aquellas que están más lejos de la asistencia médica.

Las parteras tradicionales cuentan con sabiduría, conocimientos y remedios caseros efectivos en caso de diversos tipos de problemas que se presentan en los partos. Pero la habilidad de las parteras tradicionales para manejar emergencias serias es generalmente muy limitada, y esta es la razón principal por la que las mujeres continúan muriendo durante el parto. Es un asunto de justicia social para las parteras y para las mujeres en edad reproductiva, que los sistemas de salud formen alianzas con las parteras tradicionales, y que se aseguren de que ellas tengan acceso telefónico o por radio a especialistas obstétricos en centros médicos para referir rápidamente a las mujeres cuando se presenten complicaciones.

Los esfuerzos previos de entrenar a parteras tradicionales no se han centrado en la capacidad para salvar vidas durante emergencias obstétricas, pero mientras ellas continúen siendo la principal fuente de atención para muchas mujeres, las parteras tradicionales necesitan tener habilidades obstétricas y de manejo de emergencias para poder enfrentar las complicaciones más comunes. Esto incluye medicamentos como antibióticos (para infecciones graves), pitocina y misoprostil (para hemorragias) y anticonvulsivos (para eclampsia) y la habilidad para poder manejar placentas retenidas y partos difíciles. En casos en que se requiera una cesárea, las parteras en comunidades rurales necesitan poder comunicarse con un centro médico que tenga las facilidades para realizar la cirugía y transfusiones de sangre, y servicios de ambulancia o helicóptero para transportar a las pacientes, dependiendo de la distancia y de las condiciones de las carreteras. Y, por supuesto, estos servicios deberían ser gratuitos.

Doña Josefa Mira es una partera tradicional en una comunidad rural llamada Berlin, en El Salvador (www.central-american-midwives.org). Ella nos contó cómo durante la guerra tuvo que abandonar su pueblo y huir hacia las montañas, en busca de seguridad para ella y sus hijos. Por varios años ella poco a poco fue adquiriendo experiencia como partera para ayudar a las mujeres cercanas a ella quienes también estaban huyendo. Doña Josefa es ahora la directora de una casa de partos donde practica la partería con otras dos parteras, quienes también aprendieron a través de la

experiencia. Ellas tienen una ambulancia, y transportan a las mujeres con complicaciones al hospital, que está a una hora de distancia. Sus clientas a menudo son de alto riesgo, pues es una comunidad muy pobre, y estas parteras tradicionales reciben entrenamiento y equipo para manejar las complicaciones, excepto aquéllas que necesitan de instrumentos especiales (fórceps o aspiradora) o una cesárea. Estas mujeres son trasladadas al hospital. Ellas dependen de donaciones locales y extranjeras para manejar su clínica, ya que sus clientas son demasiado pobres para pagar. La atención amorosa que estas mujeres reciben en esta clínica es considerada por las mujeres como superior a la naturaleza impersonal de dar a luz en el hospital, y los registros de seguridad se comparan favorablemente al índice de seguridad de los hospitales del país.

Son numerosos los relatos de las mujeres que evitan buscar asistencia médica para sus partos porque perciben que los servicios son inaccesibles, inadecuados o saturados. Las parteras indígenas de Guatemala cuentan cómo el único respaldo médico con el que cuentan es una clínica privada, y que sus clientas no pueden pagar los gastos. Adicionalmente, las parteras tradicionales a menudo no son reconocidas por el personal médico, y a pesar de sus esfuerzos para establecer una comunicación, muchas parteras no pueden llamar a un médico para pedirle apoyo o consejo cuando surge una complicación en un parto en la casa. Además, las mujeres que tienen a sus bebés con parteras tradicionales en Guatemala no pueden inscribir a sus bebés. Solo los bebés que nacen en instituciones médicas pueden ser inscritos como ciudadanos.

PARTO HOSPITALARIO

La violencia institucional contra las mujeres durante el parto es muy común, y es una de las causas que contribuye a la mortalidad materna y a la pérdida de la salud. Los nacimientos en los hospitales latinoamericanos son altamente medicalizados y se continúan realizando muchos procedimientos obstétricos rutinarios, los cuales se ha demostrado que son inefectivos, excesivamente dolorosos o peligrosos. Durante la labor, éstos consisten en tactos vaginales frecuentes por parte de médicos, enfermeras y estudiantes, ruptura artificial de membranas, enemas, sueros intravenosos, asilamiento durante la labor, inmovilización, privación de comida o líquidos y el uso de medicamentos para acelerar el parto. Durante el parto se realizan procedimientos aún más riesgosos, como presión uterina para apresurar el nacimiento, posición acostada boca-arriba con las piernas en estribos, episiotomía, cortar el cordón umbilical prematuramente, separación del bebé y la madre y exploración y "limpieza" manual del útero.

Todas estas prácticas se imponen rutinariamente sin autorización de la parturienta. Debido a la naturaleza potencialmente dañina de estas prácticas, la exclusión de las mujeres-pacientes en la toma de decisiones acerca de sus propios cuerpos, y lo que muchas mujeres consideran como un ambiente hostil de las unidades de maternidad en general, la violencia institucional contra las mujeres durante el parto es un acontecimiento de todos los días.

La práctica de la obstetricia en todo el mundo, no solo en Latinoamérica, ha sido criticada por su lentitud en mantenerse al día con las nuevas evidencias. Se ha demostrado que los proveedores de atención materna tienden a basar su práctica en preferencias personales, creencias desactualizadas, u opiniones de los médicos mayores. Tanto en los hospitales públicos como los privados, este dilema se ve reflejado en la falta de un protocolo establecido para una labor normal y a los individuos que ejercen se les permite continuar utilizando prácticas dañinas y obsoletas, sin ninguna sanción o siquiera sin ningún comentario al respecto. La biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (RHL por sus siglas en inglés) clasifica todas las prácticas rutinarias mencionadas arriba como inefectivas o dañinas. Prácticas sencillas que se ha probado son beneficiosas, tales como la compañía, la libertad de moverse y elegir la posición para parir, son ignoradas. Si se aplicara el modelo basado en evidencia científica, los derechos de las mujeres serían respetados.

El uso inadecuado del medicamento misoprostil es otro ejemplo de cómo a las mujeres se les niega el derecho de hacer elecciones basadas en la información en cuanto a sus cuidados, y esto las pone en gran riesgo. También conocido como cytotec, los doctores tanto en hospitales públicos como privados, usan comúnmente misoprostil para inducir la labor. Se desconoce completamente la magnitud del uso de este medicamento, ya que su uso no está reconocido oficialmente para usarse en mujeres embarazadas. Es más, las instrucciones en el paquete advierten su contraindicación en mujeres embarazadas. Sin embargo, el atractivo de cytotec para inducir la labor es que actúa rápidamente, se consigue fácilmente y es muy barato, comparado con otros medicamentos para la inducción, como prostin y pitocina intravenosa. Debido a su potencial para producir abortos durante el primer trimestre, ya no es un medicamento que se vende sin receta médica, pero los doctores continúan teniendo acceso ilimitado a esta droga, y muchos aseguran que es muy útil aún cuando la inducción no está indicada clínicamente, y lo utilizan como una forma de programar los partos de sus pacientes. La razón por la cual el cytotec no ha sido aprobado para inducir la labor, es que no se ha podido establecer una dosis segura. Es más, la diminuta píldora blanca debe ser partida en pedazos minúsculos para lograr una cantidad apropiada, y las dosis de los fragmentos de la píldora son completamente inexactas. Aún en pequeñas cantidades, cytotec está asociada con hiperestimulación del útero y esto disminuye dramáticamente la cantidad de oxígeno que el bebé recibe. La hiperestimulación puede causar ruptura uterina, lo cual puede suceder sin ningún aviso. Es probable que muchas emergencias maternas y neonatales que ponen en peligro la vida de madres y bebés, e incluso causen su muerte, estén asociadas con el uso de cytotec, pero que la verdadera causa de las emergencias o muertes (cytotec) no está documentada, para proteger a los doctores responsables. Por esta razón, cytotec nunca debería usarse para inducir un parto (que es muy diferente a utilizarlo para controlar hemorragias posparto, en cuyo caso puede salvar vidas).

No se han investigado las repercusiones y consecuencias de los procedimientos invasivos rutinarios realizados en las maternidades en toda Latinoamérica. Se conoce poco sobre el alcance de los efectos dañinos de la episiotomía rutinaria, por ejemplo. Por muchos años, la mayoría de mujeres que dan a luz en hospitales han sido cortadas

con tijeras durante el nacimiento de sus bebés. El dolor, las heridas infectadas y las cicatrices que pueden durar toda la vida, rara vez son tema de conversación debido a la vergüenza asociada con los cuerpos de las mujeres, y también debido a la idea existente de que esto es algo necesario, y por lo tanto es simplemente algo que las mujeres deben aguantar. Para muchas mujeres, la episiotomía está asociada con dolor durante las relaciones sexuales durante meses o incluso años.

Para los proveedores de salud, la medicalización del parto también ha tenido efectos profundos. Trabajan en un ambiente de tensión y desastre potencial sin antes comprender cómo funcionan las mujeres cuando se les apoya y anima a dar a luz de manera natural (sin procedimientos invasivos rutinarios). Además, la mayoría de centros de salud (públicos) y hospitales en América Latina no cuentan con todo el personal necesario, las instalaciones son inadecuadas y los salarios son muy bajos.

En un film sobre Centro América, parteras cuentan cómo el personal del hospital puede ser grosero y hostil y, en ocasiones, hasta les pegan a las mujeres (www.central-american-midwives.org). La antropóloga Davis-Floyd, en un análisis de estudios antropológicos sobre el parto, describe cómo las parteras profesionales en los hospitales a menudo tratan a las mujeres muy mal, ignorando sus necesidades y solicitudes, hablándoles de manera irrespetuosa, dándoles órdenes y algunas veces hasta les gritan y les pegan. En una revisión de la literatura (D'Oliveira et. al), se han observado y documentado varias categorías de violencia institucional contra las mujeres durante el parto. Estas incluyen descuido, violencia verbal, incluido trato rudo, amenazas, regaños, gritos, humillación intencional, violencia física, incluida la negación de medicamentos para aliviar el dolor aún cuando está indicado, y violencia sexual.

Las mujeres que han tenido una experiencia de parto traumática o que han sido atendidas por personal indiferente o grosero, a menudo quedan tan traumatizadas que sus relaciones personales y su auto-estima se ven gravemente afectadas, y puede que sientan dolor y vergüenza que puede perdurar toda la vida. Esto explica, en parte, los sentimientos negativos que muchas mujeres tienen sobre el parto, y el hecho de que sean tan pocas las mujeres que realmente exigen sus necesidades en partos posteriores, o hacen una denuncia. La depresión posparto, que se puede extender incluso hasta el segundo año después del parto, tiene relación con el número y el grado de invasión de las intervenciones médicas y cuando la mujer siente que sus necesidades y sentimientos han sido ignorados. Muchas mujeres, cuando hablan de sus experiencias, expresan las mismas emociones, incluso hasta usan las mismas palabras, que aquellas que han sido abusadas o agredidas sexualmente. Mujeres bolivianas que dieron a luz en el hospital se sintieron abusadas sexualmente al estar acostadas sobre sus espaldas con sus piernas abiertas y los pies en estribos, y los doctores hombres realizaban repetidamente exámenes vaginales, a veces uno después del otro (Bradley).

PARTO EN CASA

Además de la aceptación cultural y con el objetivo de evitar las intervenciones obstétricas y la violencia, para las mujeres con embarazos de bajo riesgo, dar a luz en sus casas, atendidas por parteras, puede ser la opción más segura. Estudios en Europa y Norte América han demostrado que el parto en el hospital no es más seguro que el parto en la casa cuando las parteras que atienden los partos tienen experiencia y trabajan de cerca con un hospital al cual pueden transferir a las mujeres cuando surgen complicaciones. La especialista en estadísticas, Dra. Marjorie Tew, estudió patrones de hospitalización en Europa entre 1958 y 1970, y encontró que mientras más elevado era el número de mujeres que iban al hospital a tener sus bebés, los índices de mortalidad aumentaban. Ella descubrió que aún en embarazos de alto riesgo, las mujeres que dieron a luz en sus casas consistentemente tenían mejores resultados que las que fueron atendidas en el hospital. Ella concluyó que la mayor seguridad durante el parto podría haberse alcanzado si las mujeres hubiesen continuado teniendo sus bebés en el hogar, y que otros factores tenían mayor influencia en hacer que el parto fuera más seguro, por ejemplo mejores condiciones higiénicas, agua potable, mejor nivel de salud y nutrición, mejoramiento del estatus de las mujeres e índices de fertilidad reducidos.

En las emergencias obstétricas, las intervenciones salvan vidas. Entre el 5 y 25 por ciento de los partos tendrán alguna complicación que requerirá de intervención médica, y este porcentaje varía según la población. Mientras mayor es la pobreza, más alto será el índice de complicaciones. Donde el estatus de la mujer es bajo, los índices de mortalidad materna son elevados. Donde el estatus de las mujeres es alto, los índices de mortalidad materna son bajos. En poblaciones saludables, la necesidad de intervención médica es menor, y los efectos iatrogénicos de las rutinas innecesarias acarrearán riesgos también innecesarios e incrementan los índices de complicaciones. En un estudio norteamericano grande de partos en casa atendidos por parteras profesionales, el parto planeado en casa estaba asociado con menores índices de intervenciones y complicaciones y los índices de mortalidad materna y neonatal no eran más elevados que en los hospitales (Jonson y Daviss).

La creencia que tienen los que elaboran las políticas de salud internacionales de que las parteras tradicionales no contribuyen a la seguridad de la maternidad es una visión miope. Si bien es cierto que las emergencias obstétricas pueden ocurrir en cualquier parto y que los servicios de emergencia necesitan estar disponibles para todas las mujeres, el parto en la casa tiene muchas ventajas.

Las ventajas del parto en casa por encima del parto hospitalario están relacionadas con la naturaleza íntima, fisiológica del parto. Esta naturaleza fisiológica es universal y debería ser considerada como criterio esencial para los programas de maternidad segura a nivel mundial, en todos los contextos en los que las mujeres dan a luz. Para que el proceso de parto pueda fluir de manera segura y ágil, una mujer necesita sentirse lo más relajada posible, protegida, segura, respetada y más importante aún, necesita privacidad, como en cualquier otro acto sexual. Desde esta perspectiva, el hospital representa el ambiente más inapropiado que uno se pueda imaginar: la falta

de privacidad, la atmósfera fría y estéril, luces brillantes y la presencia de completos extraños. Dadas las condiciones favorables para la privacidad, familiaridad y comodidad del hogar, el parto puede fluir más fácilmente, sin intervención, en la casa de la mujer.

EL CAMINO A SEGUIR

El movimiento social para humanizar el parto en América Latina ha venido ganando impulso, especialmente desde el año 2000 cuando se formó en Ceará, Brasil, la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACHUPAN). Ahora hay grupos trabajando en casi todos los países latinoamericanos, y se realizan grandes conferencias donde cientos, y a veces miles, de activista y proveedores de salud se reúnen para establecer nuevos estándares de atención en sus respectivos países. El apoyo para el modelo de atención humanizada se encuentra en un cuerpo creciente de evidencia científica y el modelo de la OMS para la atención durante el parto normal.

Algunos ejemplos de medidas efectivas usadas por parteras tradicionales, pero no por profesionales en los hospitales, son apoyo emocional a lo largo de la labor, libertad de movimiento y de elegir la posición que desee para parir, con énfasis en el uso de posiciones verticales. Publicaciones recientes sobre maternidad segura ahora reconocen que las estrategias que se basan en el modelo médico del parto, con énfasis en procedimientos hospitalarios rutinarios y obsoletos, son obstáculos para alcanzar una maternidad segura. Lo que es más, no se han explorado prácticas tradicionales durante el parto, y existe la necesidad de estudiarlas para incorporarlas a los nuevos enfoques que podrían hacer que el dar a luz fuera más seguro y gratificante para todas las mujeres.

Varios años de planeamiento por expertos y agencias internacionales respaldan la Iniciativa Global para la Atención Amiga de la Madre y el Bebé, la cual será lanzada en el 2008. Esta iniciativa toma en consideración el uso generalizado de la medicalización del parto que ha sido promovida en todo el mundo, y busca hacer que dar a luz sea seguro y que empodere a las mujeres. Esta iniciativa marcará el estándar que los servicios de maternidad deberán alcanzar si quieren obtener el estatus de "Amigo de la madre y el bebé".

Para conmemorar su vigésimo aniversario, la Iniciativa Global para la Maternidad Segura realizará una conferencia global, llamada "Las mujeres dan a luz", en Londres, Inglaterra, en octubre de este año. Dos mil especialistas, incluyendo creadores de políticas, activistas del mundo en desarrollo y ONGs locales, compartirán sus hallazgos y estrategias más recientes, con la esperanza de crear voluntad política que salve y proteja las vidas de las mujeres y sus bebés. Las estrategias innovadoras para la maternidad segura deben apoyar a todos los proveedores de atención, incluyendo tanto a parteras en los hospitales como en las comunidades remotas, y su derecho a recibir entrenamiento integral para manejar emergencias obstétricas, y el derecho de usar las medicinas necesarias para salvar a las madres y sus bebés.

La filosofía para una maternidad segura debería unir la meta de acceso rápido y gratuito a la atención especializada que salva la vida con un modelo humanizado basado en evidencia científica y en los derechos de las mujeres. Y finalmente, la maternidad segura respeta a las mujeres y sus cuerpos, el derecho a tener opciones sobre dónde, cuándo, cómo y con quién dar a luz, tener privacidad y autonomía, y tomar decisiones libremente, y éste incluye estar informadas sobre procedimientos. Tener un bebé puede y debería ser seguro, gratificante y empoderar a la mujer.

REFERENCIAS:

Bradby B. Like a video: the sexualization of childbirth in Bolivia. *Reprod Health Matters* 1998; 6: 50-56.

D'Oliveira A, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359: 1681-1685.

B Chalmers, V. Mangiaterra and R. Porter, WHO Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course, *Birth*, 2001; 28: 202-207.

Relacahupan. Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento <http://www.relacahupan.org/lared.html>

Kenneth C Jonson, Betty-Anne Daviss. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005;330:1416 (18 June).

Oona MR Campbell, Wendy J Graham, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works *The Lancet* - Vol. 368, Issue 9543, 7 October 2006, Pages 1284-1299

R. Cook, B. Dickens, A. Wilson and S. Scarrow, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*, WHO, 2001.

M. Tyndall, G. Hernández. Central American Midwives. <http://www.central-american-midwives.org>

Marjorie Tew. *Safer childbirth: a critical history of maternity care*. Third edition. Free Association Books Ltd. 1998.

Starrs A. *Preventing the tragedy of maternal deaths: a report on the international safe motherhood conference*. New York: Family Care International, 1987.

Nadia Hijab & Czikus Carriere. Prevención de la Muerte e Incapacidad Materna. Population Reference Bureau. Febrero 2002.

Robbie Davis-Floyd. Anthropological Perspectives on Global Issues in Midwifery. 2000 Midwifery Today.

WHO. Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women. Department of Reproductive Health and Research. 2002.

S. Singh and G. Sedgh, An Overview of Clandestine Abortion in Latin America. 1996 The Guttermacher Institute. 12/96.

Por Marie Tyndall
Septiembre de 2007

Licda. Marie Tyndall es co-fundadora de Asociación Mamasol, en Costa Rica en el centro de América. Es partera y ha trabajado en Canadá, Inglaterra, Irak, Nicaragua y ahora, Costa Rica. Se produjo el DVD Parteras Centroamericanas - www.central-american-midwives.org.