

# INCREMENTO DE LA TASA DE CESAREA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

POSIBLES CONDICIONANTES



INCREMENTO DE LA TASA DE CESAREA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.  
POSIBLES CONDICIONANTES

Derechos exclusivos de edición reservados para todo el mundo:  
© 2013, Editorial Fundación Femeba.  
Av. Belgrano 1235. C 1093 AAA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1ra. Edición: Diciembre de 2013

Diseño de Tapa e interior: Cecilia Giménez de Paz

Impreso en

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en alguna manera ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del editor.

**INCREMENTO DE LA TASA DE  
CESAREA EN LA PROVINCIA  
DE BUENOS AIRES.  
POSIBLES CONDICIONANTES**





## CAPÍTULO UNO

# INTRODUCCION

**E**n 1985, la Organización Mundial de la Salud declaró que no había justificación para que las tasas de cesáreas (porcentaje de partos por cesáreas entre el número total de nacidos vivos) fueran mayores de 10–15%, independientemente de la región. Desde entonces estas cifras han servido de parámetro para la comunidad científica internacional a la hora de advertir sobre los riesgos que conlleva el incremento de la tasa de cesárea.

En la actualidad (OMS 2013, 2013), si bien la tasa global de cesárea es del 16%, existe una variación entre los países que oscila entre el 1% y el 52%, con una tendencia al incremento sostenido en la media de todas las regiones. Solo 13 de los 194 países relevados por OMS presentan tasas entre el 10 y el 15 %. La Región de las Américas presenta la mayor tasa, con una media del 36%. En el cono sur, solo la tasa de Bolivia (19%) se acerca a aquella recomendada por la OMS. Paraguay, Brasil y Chile (Uruguay no presenta datos) poseen tasas del 77%, 52% y 37% respectivamente. Argentina reporta una tasa del 26%. Las dificultades de acceso a la información producida en los servicios privados que existen en nuestro medio, sumado a diversas estimaciones que indican que la tasa en este sector duplica a la que presenta el sector público (con valores que rondan el 50%, dependiendo de la provincia que se analice), nos hacen suponer que las estadísticas referidas a la Argentina hacen referencia a lo que ocurre en el este último sector (Villar, 2006). Según datos locales en el ámbito de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires FEMEBA, la prevalencia global de cesárea es del 68.0%.

Hoy existen controversias respecto de cual es la “tasa de cesárea ideal” y sobre la asociación causal entre ésta intervención y la mortalidad materna y neonatal, aunque hay un consenso en afirmar que muy bajas tasas de cesárea están asociadas con altas tasas de mortalidad materna y neonatal, hecho que confirma el efecto beneficioso de esta intervención en determinadas circunstancias. Entendemos que es debido a esto que en el año 2009 la OMS establece que “a pesar de que se ha

recomendado desde el año 1985 que la tasa de cesárea no debería exceder 10 – 15%, no hay evidencia empírica sobre cual es el porcentaje y el rango óptimo, pese al creciente cuerpo de investigaciones que muestran un efecto negativo en las tasas elevadas (OMS, 2009) Se debería señalar que el límite superior propuesto, del 15% no es un objetivo a ser alcanzado sino mas bien un umbral a no ser superado... “en definitiva, lo más importante es que toda mujer que necesite una cesárea la reciba realmente”.

Motivados por estas inquietudes, FEMEBA en conjunto con el IOMA (Instituto de Obra Médico Asistencial), y la colaboración de la Fundación FEMEBA han constituido un grupo de trabajo para investigar el fenómeno del incremento en la práctica de cesárea en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, con el propósito de identificar factores del contexto médico, sanitario y social de la Provincia de Buenos Aires que pueden estar condicionando la modalidad de intervención médica relacionada con los nacimientos.

En simultaneidad, se llevaron adelante dos investigaciones con objetivos y metodologías diferentes. La primera que presentamos es una investigación de tipo cualitativa que tuvo como objetivo identificar e interpretar las ideas y comportamientos de los obstetras y elaborar, a partir de su propia perspectiva, una teoría explicativa sobre las causas del incremento en la tasa de cesárea en la provincia de Buenos Aires. Para ello aplicamos una metodología conocida como Teoría Basada en los Datos.

La segunda de ellas es una investigación de tipo cuantitativa que tuvo como objetivo conocer y analizar las opiniones y supuestos respecto de la práctica de cesárea. Se realizaron encuestas a dos colectivos: los médicos prestadores y las usuarias de los servicios de obstetricia.

Agradecemos la colaboración de los doctores Antonio La Scaleia (Presidente de IOMA) y su equipo de colaboradores, a Raúl Mercer (Centro de Investigación en Salud Poblacional, CISAP y FLACSO), Ariel Karolinski

(CISAP), Alfredo Uranga, (Htal. Italiano de La Plata), Osvaldo Yoma (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de La Plata SOGLAP), Valeria Lotoczko, (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires, SOGBA), Juan José Granillo Fernández, (Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, SCJBA), por su invaluable contribución en la identificación del problema y la fundamentación de las investigaciones realizadas.

Agradecemos también a las embarazadas beneficiarias de IOMA por su disposición y el tiempo dedicado a responder las encuestas.

Por ultimo, vaya un agradecimiento especial a los presidentes de las Entidades Primarias de FEMEBA, que con sus gestiones hicieron factible el realizar las investigaciones, y al conjunto de médicos obstetras entrevistados que con absoluto compromiso y honestidad intelectual pusieron luz sobre algunas dimensiones de la compleja realidad bajo estudio, para de esa manera permitir acortar la brecha entre la academia y la toma de decisiones tendientes minimizar los riesgos asociados a las intervenciones sobre los nacimientos.



## CAPÍTULO DOS

# LA PRÁCTICA DE CESÁREAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: UNA TEORÍA EXPLICATIVA DESDE LA MIRADA DE LOS MÉDICOS OBSTETRAS

Por Francisco J. López

La presente es una investigación cualitativa que tiene por objeto avanzar en un desarrollo conceptual que nos ayude a entender la esencia del fenómeno del incremento de la tasa de cesáreas, en el contexto en donde se produce, haciendo énfasis en las experiencias y los puntos de vista de los diferentes actores (Pope Mays N., 1995).

La complejidad de los sistemas de servicios involucrados en la atención del nacimiento exige una racionalidad de distinto tipo que nos permita identificar fenómenos de autoorganización y un patrón de comportamiento global del sistema, a la vez que poner en relieve aquellos nudos problemáticos que requieren de intervenciones específicas. Pretendemos alcanzar una perspectiva desde donde observar, de manera iterativa, a todo el sistema de servicios, a sus partes constitutivas, a la interacción entre estas y a la interacción del sistema con otros factores del entorno.

Como toda realidad compleja, la relacionada con el incremento de la práctica de cesáreas, no obedece a una lógica lineal y unidireccional de causas y efectos puesto que este fenómeno se construye socialmente de manera dinámica y evolutiva a partir de un conjunto (implícito o explícito) de valores, ideas, conceptos, actitudes y reglas de comportamiento que les permiten funcionar y perpetuarse.

### OBJETIVO

Identificar e interpretar las ideas y comportamientos de los obstetras que se asocian con el incremento en la tasa de cesárea en la provincia de Buenos Aires.

### METODOLOGÍA

Utilizando palabras de Denzin podríamos decir que el propósito de la utilización de la metodología cualitativa es interpretar el fenómeno en términos del significado

(la dimensión emic) que las personas le otorgan (Denzin, N.K. and Lincoln, 1994).

Utilizamos una metodología denominada Teoría Fundamentada o Teoría Basada en los Datos (TBD), que permite la construcción de una teoría a partir de la recolección y el análisis de información, mediante un proceso deductivo e interpretativo (Cooper et al, 2012). Según este enfoque, la teoría está contenida en los datos más que en un cuerpo teórico preexistente (Glaser 1978). En contraste con el diseño experimental, no pretende poner a prueba hipótesis predeterminadas (Anells 1996). Los hallazgos no son generalizables, puesto que el método no explica el comportamiento de todos los individuos que tienen las características de los participantes del estudio. Su objetivo es describir e interpretar el comportamiento de un conjunto de actores sociales. Tampoco pretende producir una representación exhaustiva del fenómeno sino elaborar una teoría pertinente sobre el mismo.

Por teoría se entiende la manera en que los conceptos son organizados e interrelacionados por medio de un conjunto de reglas, procedimientos y supuestos. Es una estructura sistemática que describe, explica y/o controla un fenómeno social dado.

El método posibilita que sean los participantes, más que los investigadores, los principales informantes acerca de un tema que es importantes para ellos, en su situación particular y en el contexto donde ellos interactúan. Por eso, en el marco de la TBD la revisión bibliográfica juega un rol particular. A diferencia de otros tipos de estudios, los investigadores que utilizan la TBD ingresan al campo con una "mente abierta" que no ha sido influenciada significativamente por ideas preconcebidas acerca de cuáles pueden ser los hallazgos del estudio.

En la selección de un problema de estudio generalmente los investigadores tienen un serie de conocimientos y experiencia en el área y, si bien, el investigador no puede desaprender lo que conoce, el peligro de proceder a una revisión de la literatura demasiado extensa es que nuevos conceptos sensibles adquiridos pueden llevar al investigador a proyectar sus ideas preconcebidas durante la conducción del estudio, interfiriendo en el proceso creativo del descubrimiento (Strauss y Corbin 1990). En la TBD la revisión es útil cuando se lee un amplio rango de literatura técnica y no técnica para ampliar la perspectiva del investigador en relación con el área bajo estudio. Se realizó la revisión de algunos ensayos o artículos de opinión en donde diferentes autores analizan el fenómeno desde su propia mirada.

Por otra parte, antes del trabajo de campo, mantuvimos reuniones con un grupo de expertos que nos ayudaron a entender el problema en estudio y justificar la realización de la investigación. Eso posibilitó la identificación de las primeras categorías de análisis.

Luego, a través de un muestreo no-probabilístico, se conformaron 5 grupos con un total de 30 obstetras. La Plata, Chascomús, Bahía Blanca, Junín y Nueve de Julio fueron las ciudades donde se convocaron a los informantes de 24 municipios de la provincia de Buenos Aires: Nueve de julio, Pellegrini, Bragado, Carlos Tejedor, Deaureaux, Chascomús, Dolores, Moreno, Berisso, General Belgrano, Avellaneda, Junín, Arrecifes, General Arenales, Pergamino, Ramallo, San Nicolás, Bahía Blanca, Tres Arroyos; General Dorrego, Coronel Suarez, Coronel Pringles, Saavedra y Gonzáles Chávez.

Los profesionales fueron convocados por presidentes de los Círculos Médicos y la participación fue voluntaria. El muestreo fue intencional, debido a las dificultades que planteó la coordinación de agendas y los correspondientes traslados de los informantes a las localidades de referencia. La premisa fue incluir "sujetos tipo" e intentar representar la amplia variedad de realidades existentes en el territorio provincial con la inclusión de municipios pequeños y grandes ubicados a lo largo y lo ancho de la geografía provincial. Se plantearon como únicos criterios de inclusión los siguientes: ginecólogos-obstetras, en actividad y que realicen la atención de los nacimientos bajo el convenio IOMA-Femeba en la Provincia de Buenos Aires.

El análisis de los datos se hizo siguiendo una secuencia de codificación abierta, axial y selectiva, en base al método de *comparación constante*. Con el objeto de asegurar la validez y confiabilidad interna de nuestra investigación, se realizó una triangulación metodológica. Un investigador identificó los códigos que, agrupados en categorías y sub-categorías, dieron lugar a una Teoría preliminar sobre el aumento en la tasa de cesárea en la Provincia de Buenos Aires. Un segundo investigador, en un proceso deductivo, tomando como referencia, y a manera de hipótesis, las categorías de la Teoría en elaboración, indagó sobre la presencia de sub-categorías y los diferentes códigos (palabras o frases en el *texto*) en que las mismas se inscriben.

Por tratarse de un documento técnico para la discusión, y con el objeto de facilitar la lectura, en él no se incluyen los códigos a partir de los cuales se inducen las diferentes categorías y subcategorías de análisis.

## RESULTADOS

En este apartado presentaremos los elementos centrales de nuestra TBD respecto del fenómeno del incremento de la práctica de cesáreas en la Prov. de Buenos Aires. A continuación describiremos algunos hallazgos específicos relacionados con las categorías y sub-categorías analíticas que hacen referencia a los factores condicionantes y nos ayudarán a entender cómo estos operan en la realidad tal cual la perciben los entrevistados.

Recordamos que lo que a continuación se presenta es la percepción que tienen los propios entrevistados sobre los factores que llevan al incremento en la práctica de cesáreas. No nos interesa comprobar aquí el grado de fidelidad de la información aportada. Tampoco hacemos juicios de valor sobre las ideas y el comportamiento de los entrevistados.

Los participantes coinciden en señalar que el incremento en la tasa de cesárea es un hecho real y comprobable, aunque inevitable, y se consideran a sí mismos como actores que contribuyen con esta situación debido a que sus decisiones profesionales están condicionadas por diversos factores del entorno, los cuales serán analizados oportunamente.

Observamos que la evidencia científica, en cuanto referente de las decisiones de los médicos, está presente

en el discurso pero en forma implícita y desvalorizada, siendo la experiencia personal en el ámbito de la práctica la que prevalece a la hora de explicar el comportamiento médico que lleva al incremento en la tasa de cesárea. Existe la idea de que la información científica que analiza comparativamente las complicaciones del parto y la cesárea no está actualizada y es producida en países con realidades diferentes a la Argentina.

Es significativo también el hecho de que los informantes consideren que debido a que la exposición a dichos condicionantes es estructural, histórica y progresiva, el incremento de la práctica de cesáreas es un fenómeno irreversible, por cuanto su solución requiere de la implementación simultánea y articulada de diversas estrategias y líneas de acción de gran envergadura.

A pesar de estas afirmaciones se observa que la disyuntiva parto vs. cesárea aun produce en los médicos profundos cuestionamientos vocacionales y personales. Algunos médicos admiten que el exceso de la práctica de cesárea esta a contramano de los valores éticos deontológicos que orientan el ejercicio de la obstetricia.

Parece que, por lo general, con los años de ejercicio los médicos van cambiando de comportamiento frente a la disyuntiva parto/cesárea. La exposición prolongada a diferentes conflictos asociados a su práctica profesional, generalmente motivados por complicaciones del parto por vía baja, los impulsa a adoptar un comportamiento de tipo reactivo.

El problema en estudio se resume en una categoría central que se expresa de la siguiente manera: *incremento de la práctica de cesárea, ¿problema o solución?* Ambas perspectivas o visiones están condicionadas por una serie de factores del contexto médico, sanitario y social que de manera dinámica van moldeando el comportamiento promotor del parto por vía vaginal (en adelante parto) o promotor de la cesárea.

Nuestra teoría sugiere que el incremento de la práctica de cesárea en el ámbito de estudio es vista por los médicos obstetras como una solución, más que como un problema, frente a las dificultades que plantean factores económicos, familiares y psicosociales, clínicos y quirúrgicos, factores vinculados a la disponibilidad y gestión de los recursos y factores judiciales.

## FACTORES ECONOMICOS

No existen incentivos económicos para promover el parto, dado que los honorarios percibidos no se corresponden con el tiempo que demanda dicha práctica. La atención del parto se hace a expensa de la consulta y de la práctica de otras cirugías ginecológicas, que pueden aportar mayor cantidad de ingresos. Además, se asocia el extenso período que transcurre entre la intervención y el cobro de los honorarios, en un contexto incertidumbre macroeconómica.

Sin pretender hacer generalizaciones, las diferencias en la tasa de cesáreas entre los subsectores público y privado tienen que ver con que las pacientes en mejor situación socio-económica, consumidores de los seguros privados, que son las más proclives a optar por la cesárea electiva, están mejor informadas, pueden cubrir los eventuales co-pagos de acuerdo a las distintas obras sociales o prepagos asociados a la intervención, y están en mejor posición de hacer valer sus preferencias.

El parto, por el contrario, es mas practicado con las pacientes de nivel socioeconómico bajo, generalmente usuarias del sector público, que provienen con mucha frecuencia de familias de multíparas en donde ese tipo de terminación del embarazo esté naturalizado. Para ellas lograr tener un niño de esa manera eleva su autoestima previamente vulnerada, al reafirmar su condición de mujer y construir un proyecto de vida alternativo. Por otro lado, estas pacientes no tienen las competencias o posibilidades de hacer valer sus preferencias a la hora de recibir atención médica.

En el análisis del fenómeno en estudio, se deben tener en cuenta los elevados costos asociados a las secuelas del sufrimiento fetal, en el periodo perinatal (por ejemplo, terapia intensiva neonatal) y durante el resto de la vida del recién nacido (diferentes tipos de secuelas discapacitantes).

En relación con lo anterior existe un elevado gasto destinado al tratamiento de las alteraciones del piso pelviano que produce el parto y que disminuye la calidad de vida de las parturientas en el periodo perinatal y después del climaterio, que también debe ser tenido en cuenta en el análisis costo/beneficio.

Algunos entrevistados comentan que en el pasado -

suponemos que cuando la cesárea era una práctica de excepción- la cesárea era mejor remunerada que el parto (lo que nos lleva a pensar que este pudo ser también un incentivo para el incremento de la práctica de este tipo de cirugías).

### FACTORES FAMILIARES Y PSICOSOCIALES

Los medios masivos de comunicación y otras fuentes de información inducen a los pacientes a tomar anticipadamente decisiones en relación con el modo de terminar su embarazo. Las parturientas y su entorno familiar, cada vez con más frecuencia, solicitan expresamente la finalización del embarazo por medio de una intervención cesárea. El imperativo cultural del nacimiento por vía baja, está siendo cuestionado y el trabajo de parto no es visto como un proceso fisiológico, natural. Incluso madres multíparas, que no han atravesado por la experiencia de la cesárea, solicitan una cesárea cuando acompañan a sus hijas a parir.

Este problema se asocia al intervencionismo médico en condiciones o procesos vinculados con el cuerpo, que son naturales o fisiológicos. Este fenómeno, más la sanción de leyes como las de salud sexual y reproductiva, hace que resulte mandatorio respetar la decisión de las pacientes a parir en la forma en que deseen, de la misma manera en que se respeta los derechos a realizarse una cirugía estética o a no ser sometidas al "encarnizamiento terapéutico".

A esto contribuye la pérdida progresiva del prestigio social que ha experimentado la profesión médica. Es un hecho corriente el cuestionamiento a las decisiones que toma el obstetra. Estos experimentan una sensación de vulnerabilidad frente a las presiones que ejerce el entorno familiar y social de las parturientas, la amenaza de procesos judiciales, o la posibilidad del descrédito social que pueden ocasionar los conflictos con los pacientes (como por ejemplo al conducir un parto contradiciendo el deseo de la paciente, mas aun si el parto tiene complicaciones con secuelas para el recién nacido o la madre). Todos estos factores llevan a los médicos a adoptar un comportamiento médico defensivo.

Las pacientes y su entorno tienen más tolerancia frente a una complicación post-quirúrgica, en donde generalmente se ve afectada la salud de la madre, que en una complicación del parto, en la que es el recién

nacido el que generalmente sufre las consecuencias. Además, tanto la decisión de realizar una cesárea, como las complicaciones que pueden presentarse, pueden ser justificadas por los médicos con mayor facilidad.

Los adelantos tecnológicos, también tienen implicancias familiares y sociales. Gracias a las ecografías de última generación, el niño por nacer durante el embarazo ya posee una identidad como integrante de una familia. Hecho que amplifica el dolor y otras emociones desencadenadas cuando existen complicaciones en el parto, donde en general se ve afectada la salud del recién nacido.

En el mismo sentido, los tratamientos con las técnicas de fertilización asistida, que se realizan cada vez con mayor frecuencia, son procesos de larga duración y de carácter invasivo que provocan en las parejas diversas sensaciones que incluyen la angustia, ansiedad, miedo y un deterioro de la autoestima. Las parejas que atraviesan por esa experiencia no desean poner en riesgo la vida del hijo por nacer y optan por la intervención cesárea.

### FACTORES CLINICOS Y QUIRURGICOS

En lo que respecta a la intervención cesárea, existe una realidad ineludible: es la única forma de terminación del embarazo que pueden utilizar todas las pacientes. Dicho de otro modo, todos los embarazos pueden terminar en cesárea, pero no todos los embarazos pueden terminar en parto. Por otro lado el propio incremento en la tasa de cesárea es un fenómeno que se retroalimenta, dado que la "cesárea previa" es una indicación indiscutida para la práctica de una nueva intervención cesárea.

En relación con lo anterior es cada vez mas frecuente que los obstetras, en acuerdo con la paciente, realicen las cesáreas en multíparas como método de planificación familiar, pues realizan la ligadura de trompas en el mismo acto quirúrgico.

Para evitar los trabajos de parto prolongados, los obstetras u obstétricas utilizan la ocitocina o prostaglandinas como estimulante de las contracciones uterinas que frecuentemente llevan a complicaciones que finalmente concluyen en una intervención cesárea. Estos "partos programados" tienen que ver con las necesidades de las pacientes, pero también de los médicos, que quieren disponer de su tiempo para otras cuestiones. Ésta es una

de las causas de cesáreas intraparto, pero también partos prematuro y otras complicaciones.

Para analizar los beneficios y las desventajas de la cesárea hay que distinguir entre la cesárea intra-parto, que es una urgencia quirúrgica, y la cesárea programada. Los riesgos y las complicaciones están generalmente asociados al primer tipo. Lo que es lo mismo que decir que las complicaciones de la cesárea, están asociadas al parto, aunque parezca contradictorio.

La tecnología de última generación (como los ecógrafos y la amniocentesis) que permiten el diagnóstico durante el embarazo de situaciones que pueden llevar a complicaciones en el parto (envejecimiento placentario, placenta previa, circulares de cordón, malformaciones, anemia fetal, etc.) han contribuido también a un incremento de las cesárea programada.

Por otro lado, la cesárea, en cuanto intervención quirúrgica, ha evidenciado progresos importantes (técnica de abordaje, materiales, profilaxis antibiótica, diagnóstico durante el embarazo de potenciales complicaciones, anestesia, hemoterapia, etc.) que fueron haciendo de ésta, una cirugía cada vez más segura. Además es una cirugía que demanda cada vez menos tiempo, al igual que el postoperatorio. Hecho que es conveniente tanto para el médico como para la paciente y su entorno.

En cuanto a las complicaciones, se presentan tanto en las cesáreas programadas como en las intraparto, pero son complicaciones que los médicos pueden manejar con facilidad, siendo los más jóvenes los que tienen mayor entrenamiento y experiencia.

En lo que respecta al parto específicamente, sus complicaciones están subestimadas, sobre todo la mortalidad infantil perinatal y las secuelas asociados al sufrimiento fetal y a las maniobras manuales e instrumentales.

Por otro lado, en las madres, los problemas en el periné (desgarros, prolapso, incontinencia urinaria y fecal, disfunción sexual, alteraciones vulvares, etc) producen un deterioro en la calidad de vida y son consecuencias del parto que constituyen, cada vez más, una preocupación para las pacientes.

Son cada vez más frecuentes los partos que requieren de maniobras manuales e instrumentales (fórceps y vacuum). Alguno de los motivos son, el incremento de la incidencia de macrosomía fetal y de la desproporción feto pélvica, una mayor incidencia de presentaciones de cefálica derechas, que tienen más difícil progresión que las izquierdas, la mayor frecuencia de embarazos en edades avanzadas (tercera y cuarta década, favorecidos por las técnicas de fertilización asistida) y las condiciones obstétricas en estas pacientes no son las ideales. Además estas técnicas están asociadas a una mayor incidencia de embarazos múltiples.

Por otra parte, existe una mayor frecuencia de embarazo no deseado y de embarazos adolescentes. La intolerancia al dolor y la negativa a atravesar la experiencia del trabajo de parto que presentan estas pacientes, también contribuye con la realización de cesáreas.

Además las maniobras instrumentales que se realizan ante problemas en la progresión del parto, en especial el fórceps, es visto por la sociedad como una maniobra cruenta que estigmatiza al recién nacido por el resto de su vida. Las pacientes y sus familias prefieren optar por la cesárea antes que la utilización de forceps.

Las complicaciones de la vía vaginal resultan de difícil manejo, porque a diferencia del campo quirúrgico de la cesárea, el campo vaginal es sangrante y ofrece menos visibilidad. Aquellos obstetras que en el pasado conducían la mayoría de los nacimientos por vía vaginal, han perdido la "manualidad", es decir que se encuentran inseguros a la hora de efectuar las maniobras manuales e instrumentales para la resolución de las complicaciones en la progresión del parto. En la actualidad, el "campo vaginal" les es cada vez menos familiar.

A lo anterior se suma el hecho de que hoy en día los médicos obstetras se forman en un medio en que la práctica de la operación cesárea está más naturalizada, y no tienen el mismo entrenamiento de las generaciones anteriores para el manejo manual e instrumental de las complicaciones del parto. Por su parte, la posición que los propios obstetras adoptan frente al problema condiciona el enfoque de la formación académica de estos profesionales e induce la demanda de cesáreas electiva en la sociedad

La anestesia peridural, que podrían favorecer la progresión natural en el trabajo de parto, se da en pacientes con mucha dinámica, con bolsa rota, presentación encajada y con por los menos 6 cm de dilatación. Es decir en partos de buena evolución. Mientras que la utilización de fórceps y el vacuum se realiza en un tercer plano, en presentación cefálica, dilatación completa, evacuación de vejiga materna, episiotomía realizada. Es decir que en la actualidad son sólo maniobras de desprendimiento.

Los cursos de psico-profilaxis se realizan a partir del voluntarismo de algunos profesionales, pero no se sostienen en el tiempo. Los médicos van perdiendo la motivación a medida que pasan los años en el ejercicio de la profesión. De esto deducimos también que existe una tendencia a hacer "como si" se estuviera promoviendo la terminación del embarazo por vía vaginal con actividades realizadas a medias. Comportamiento que, muchas veces, en realidad encubre la decisión previamente asumida de realizar una intervención cesárea.

Asisten a los cursos de psico-profilaxis aquellas pacientes que tienen el deseo de tener la experiencia del parto. Pero no están cubiertos económicamente por la mayoría de las obras sociales y prepagos, por lo que constituye en una barrera económica para las pacientes, quienes deben realizar pagos de bolsillo para participar en ellos.

### FACTORES VINCULADOS A LA DISPONIBILIDAD Y GESTION DE LOS RECURSOS

No existe un sistema de derivaciones adecuadamente normatizado para los embarazos complicados. Esto es particularmente relevante en el sistema público y en las obras sociales y prepagos chicos. La referencia a servicios de mayor complejidad en general se lleva a cabo de una manera informal, en base a la familiaridad del vínculo entre el personal de salud de los diferentes servicios, o al compromiso y la iniciativa de algunos actores que utilizan todos los medios para concertar la referencia y el seguimiento de algunos usuarios. Incluso no existen los mismos criterios respecto de los casos que ameritan atención en tal a cual servicio.

El rechazo a la solicitud de derivaciones puede deberse a diversos motivos. La falta de camas de internación, la disponibilidad de cama para la madre pero no para el recién nacido, o viceversa. La falta de profesionales

y las dificultades para realizar los traslados en ambulancia son otros de los motivos por los cuales no se realizan las derivaciones y los nacimientos se resuelven con cesáreas programadas.

Existen también factores asociados a los profesionales de la salud. En el caso de los obstetras sucede que muchos están abandonando la atención del nacimiento. Se dedican a otro tipo de cirugías o solamente a la consulta ginecológica. Los residentes se dedican a hacer ginecología, buscan una mejor calidad de vida y menores complicaciones en lo profesional.

Por otro lado los residentes en la actualidad tienen pocas posibilidades de practicar maniobras instrumentales y de realizar otro tipo de exámenes físicos durante el embarazo o el parto. Esto se da por tres motivos: la cantidad de médicos en formación en relación con la disponibilidad de recursos educativos; la negativa de las pacientes a ser sometidos a situaciones que consideran inapropiadas e inoportunas; y el hecho de que estas intervenciones se realizan cada vez con menor frecuencia.

Las cesáreas programadas les permiten a los obstetras liberar horas para la consulta y otro tipo de intervenciones obstétricas y ginecológicas, así como también, horas de descanso los fines de semana. Para optimizar los tiempos en la atención de partos y cesáreas algunos obstetras deciden instalar sus consultorios en los propios servicios en donde se atienden los nacimientos.

En algunos casos el trabajo coordinado de dos obstetras, aunque no exista otro profesional disponible, aumenta la probabilidad de conducir los partos por vía baja. Los colegas hacen las veces de segunda opinión antes situaciones complejas y contribuyen a disminuir el estrés médico asociado al trabajo de parto.

La presencia de los anesthesiólogos en el parto mejora la conducción de los nacimientos por vía vaginal, dado que el miedo al dolor es el hecho que mas desalienta a las parturientas a atravesar por la experiencia del trabajo de parto. Pero aunque resulte paradójico, esta intervención se realiza cotidianamente en el sector privado, siendo un recurso que en el sector público, con mucha frecuencia, no está disponible.

Por los progresos en la técnica y en el instrumental (por

ej. las agujas para punción) las anestесias raquideas, aplicadas tanto en los partos, como en la cesáreas, tienen menos efectos adversos. El hecho de que en la operación cesárea no deba exponerse a las pacientes a una anestesia general, disminuye los riesgos de complicaciones asociadas.

Existe una desproporción entre la cantidad de anestesiólogos y la demanda de sus servicios. Las residencias tienen cupos limitados y muchos anestесistas no asisten los partos porque no les es redituable económicamente. Además, en lo que tiene que ver con la asistencia al parto y a la cesárea intra-parto, el problema fundamental, sobre todo en las ciudades chicas, es la falta de anestesiólogos en guardia activa. A los que se suma el hecho de que los que están disponibles también asisten en otras cirugías, tanto ginecológicas como de otro tipo.

También ocurre frecuentemente que los anestesiólogos tengan que trasladarse de unas ciudades a otras, tanto para el manejo del dolor durante el parto como para la anestesia frente a una eventual cesárea intra-parto. Por lo que los nacimientos tienen como condicionante el tiempo que consume el traslado de estos profesionales. Para evitar este problema se realizan cesáreas programadas.

Con los neonatólogos sucede algo paradójico. Generalmente trabajan en servicios de alta complejidad y a pesar de que su presencia debiera otorgar la tranquilidad para promover un trabajo de parto y el nacimiento por vía vaginal, como estos servicios son de derivación de embarazos complicados, su intervención es más importante en los casos de cesáreas programadas.

En realidad, los servicios de neonatología experimentan los beneficios del incremento de la cesárea dado que no tienen que lidiar con los deprimidos graves que resultan de las complicaciones del parto.

En otro orden, la intervención de las obstétricas en general es muy valorada por los médicos, a tal punto que algunos deciden cubrir sus honorarios personalmente cuando, como generalmente ocurre, las obras sociales y mutuales no reconocen económicamente su trabajo de acompañamiento del trabajo de parto. Sin embargo, las responsabilidades por los errores que pudieran cometer, recaen sobre los médicos obstetras. No se trata de un trabajo de equipo en donde están compartidos los beneficios y las cargas.

El hospital público es el ámbito de trabajo más importante para las obstétricas, aunque en algunos hospitales públicos la condición laboral en la que se desempeñan tiene un carácter informal. Pero es, sobre todo, en el privado donde las obstétricas desempeñan un rol cada vez menos determinante por el propio incremento de la práctica de cesárea en este sector. La coordinación del trabajo entre el médico obstetra y las obstétricas es más eficiente y efectiva en las ciudades pequeñas, por la proximidad geográfica que tienen el uno del otro.

Por otro lado, estos profesionales (o empíricos) no son adecuadamente reconocidos por el entorno familiar de las pacientes quienes, al igual que en el caso de los médicos, ejercen una presión que interfiere en su labor, solicitando prematuramente la presencia del médico obstetra.

En lo que hace a la situación de otros profesionales, por ejemplo existe una carencia de enfermeras jefas de quirófano. El preparar un quirófano para un cesárea intra-parto demanda a los médicos un tiempo que no tienen, y los pone en una situación de estrés que intentan evitar optando por la cesárea programada. Algunas enfermeras son formadas por los médicos obstetras para realizar tareas relacionadas con la obstetricia. Hecho que indica la escasez de obstétricas en algunas áreas geográficas.

Por último, en algunas localidades los cirujanos generales están haciendo cesáreas. El control del embarazo es realizado por los propios cirujanos o por médicos clínicos. Este hecho indica la presencia de algún tipo de incentivos para la práctica de cesáreas que atrae el interés de estos profesionales. Incentivos que los datos recolectados no nos permiten identificar.

### FACTORES JUDICIALES

Los juicios de mala praxis asociados a los nacimientos no pueden ser analizados con independencia de los factores familiares y del entorno social de las pacientes. Ambos factores se retroalimentan produciendo una sinergia que lleva a un incremento de las demandas. Están principalmente promovidos por el interés económico de los abogados que sacan provecho del sufrimiento de las familias que atraviesan un mal momento.

Por otro lado, existen facilidades para iniciar demandas

de mala praxis sin gastos por parte del demandante, y no hay una instancia legal que determine que demandas ameritan ser conducidas a juicio y cuáles no. Los peritos médicos que intervienen en estas causas no están adecuadamente formados para la tarea. Contribuye con esta situación el rol que juegan los propios colegas a la hora de respaldar las demandas de mala praxis con argumentos científico-técnicos sin la debida ecuanimidad.

Las demandas de mala praxis están en su gran mayoría asociadas a las complicaciones del parto. Las sentencias en general son favorables para los médicos, aunque éstos sufren el desgaste psicológico y emocional que implica estar pendientes de la resolución de un juicio durante el prolongado periodo de tiempo que supone el proceso. En el subsistema privado el médico es el único referente institucional para la paciente, y es quien recibe toda la carga de responsabilidad frente a una complicación en el parto. Esta es otra de las causas por las cuales se realizan mas cesáreas en el privado. En el público las responsabilidades son compartidas por los diferentes profesionales que atienden a la paciente, los jefes de servicios y el director del hospital.

En los casos de demandas civiles existe una desproporción entre el monto del resarcimiento exigido y el ingreso de los médicos. Los seguros de mala praxis protegen económicamente a los médicos pero de manera parcial. Los médicos ponen un juego su patrimonio personal cuando las sentencias judiciales son adversas.

También favorece el incremento de demandas judiciales, los prejuicios sociales contra los médicos obstetras que hacen que éstos sean vistos como una amenaza, y la imposibilidad que tiene la sociedad de aceptar las complicaciones que pueden estar asociadas al parto, mas la necesidad que tienen de buscar un responsable. Ocasionalmente se inician demandas que son justificadas, pero ni la sociedad ni el sistema judicial contemplan la posibilidad del error médico, que es inherente al ejercicio de la profesión.

## DISCUSION

El comportamiento de los médicos obstetras parece ser una respuesta adaptativa a la dinámica de cambios producidos en su entorno médico, sanitario y social.

Presenta un patrón bien consolidado que nos lleva a pensar en que estamos ante la presencia de un cambio de paradigma tanto en la mirada teórica como en la práctica profesional relacionada con el nacimiento.

La coincidencia en las ideas y percepciones nos permitió alcanzar una saturación teórica habiendo entrevistado a 5 grupos de 6 informantes cada uno. Éste hecho sumado a la sofisticación de los argumentos, (sobre los cuales no realizamos ninguna valoración), y la coherencia aparente entre el discurso y la práctica, nos insinúa que la incidencia en la tasa de cesáreas que se observa en la actualidad es la consecuencia de un proceso complejo de larga data.

La situación es tal que en un momento de la recolección de información se nos hizo necesario preguntar cuales son, en las condiciones actuales, las indicaciones para el parto. Los informantes tuvieron dificultades para identificarlas. "Mis índices (tasa de cesárea) se fueron para arriba por convicción" es una frase recogida en una entrevista grupal, que podría sintetizar la visión de los entrevistados.

El incremento de la práctica de cesárea se hace a expensas de los servicios privados, y es debida a la incongruencia entre honorarios percibidos y el tiempo dedicado a la asistencia del parto, a la percepción de que la cesárea es más segura o tiene complicaciones menos graves que las producidas por el sufrimiento fetal agudo, a la decisión de las pacientes (cesárea electiva) y las presiones del entorno familiar y social, a la sensación de desprotección que poseen los obstetras frente a la amenaza de denuncias de mala praxis, a la escasez de diversos tipos de profesionales (obstetras, obstetricias, anestesiólogos) y la falta de coordinación con los servicios de mayor complejidad del sector público. Esta situación se agrava en zonas geográficas alejadas de los grandes centros urbanos.

Sin embargo, en los servicios públicos también se observa un incremento en índice de cesáreas, debido a la escasez o ausencia de recursos humanos y materiales y a la falta de un sistema de derivaciones entre servicios de diferentes niveles de complejidad.

Cada uno de estos factores se expresan de una manera compleja, de modo tal que no pueden ser explicados en

pocas palabras. Operan en la realidad de manera diversa de acuerdo a las circunstancias particulares.

No existen relaciones causa-efecto lineales entre la acción de los diversos factores condicionantes identificados y el comportamiento médico en relación con la práctica de cesárea. En un proceso sinérgico, cada situación condiciona y es condicionada por otras. Diversos motivos, como los rasgos idiosincrásicos de los profesionales, la experiencia personal y la dinámica del entorno profesional y social pueden hacer que los médicos otorguen mayor importancia a algunos condicionantes sobre otros.

También ocurre que al profundizar en la descripción de la manera en que dichos factores afectan el comportamiento de los médicos, no siempre es posible entender y explicar los mecanismos de causalidad existentes, y sucede con frecuencia, que aquellos hechos o situaciones que en un primer momento se identifican como promotoras del incremento de la práctica de cesáreas pierden peso relativo en el proceso de problematización.<sup>1</sup>

Relacionado con lo anterior también es llamativo el hecho de que, tal cual lo afirman los entrevistados en relación al comportamiento de otros colegas (generalmente investigadores y docentes universitarios) un mismo profesional puede tener un comportamiento cuando trabaja en un servicio público, y otro diferente cuando trabaja en el sector privado.

Estos hechos nos remiten al concepto de *lógica confusa o borrosa* que hace referencia a un rango de procesos que involucran el manejo de información imprecisa en situaciones de incertidumbre. Alude a la falta de precisión, exactitud o regularidad que tienen los procesos que producen consecuencias que, sin embargo, son aceptadas como "lógicas". Esta noción permite entender y lidiar con las ideas y los juicios que son vagos, inciertos, ambiguos y a veces contradictorios.

Observamos también, que los entrevistados tienen dificultades para identificar y valorar en que medida las percepciones y motivaciones personales, más allá de los factores condicionantes del entorno médico, social y sanitario, contribuyen con el aumento de la incidencia de cesárea. En ocasiones resultó una tarea difícil deconstruir el discurso y lograr que consigan la flexibilidad necesaria

para facilitar la emergencia de perspectivas novedosas sobre el problema de estudio.

Si lo que se desea es mitigar el incremento en la práctica de la cesárea o incluso revertir esta tendencia, la tarea por delante es ardua. El sentido de posibles reformas puede inferirse de la lectura de los resultados de la investigación, aun cuando estas impliquen la eventual implementación de estrategias tendientes a esclarecer las percepciones que los profesionales tienen sobre la realidad circundante.

Consideramos que antes de diseñar políticas en este sentido es necesario conocer la mirada que otros actores tienen sobre el fenómeno. Embarazadas y madres, neonatólogos, pediatras, residentes de ginecología y obstetricias, obstétricas, anesthesiólogos, docentes universitarios, autoridades de hospitales clínicas y sanatorios, administradores de seguros de salud, referentes del poder judicial, periodistas especializados, entre otros, constituyen el universo que de una u otra manera moldean el comportamiento médico frente al nacimiento.

<sup>1</sup> *Problematizar: poner en cuestión alguna cosa; plantear un hecho, fenómeno, concepto, etc, yendo más allá de sus apariencias para desvelar todos sus aspectos, matices y características .*



## CAPÍTULO TRES:

# INCREMENTO DE LA PRÁCTICA DE CESÁREAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: *OPINIONES DE LOS MEDICOS Y LAS MADRES*

Por Andrés Bolzán

### INTRODUCCION

Según los datos de OMS (OMS, 2013) y el análisis realizado por Betran y col (Betrán, 2007), con la excepción de los países latinoamericanos y caribeños, así como de algunos asiáticos, la mayoría de los países con elevadas tasas de mortalidad tenían tasas de cesáreas por debajo del valor que históricamente recomendó la OMS. Lo que refleja una fuerte asociación ecológica entre el incremento de las tasas de cesáreas y la disminución de la mortalidad. El conjunto de evidencias sostendría la hipótesis de que cuando la tasa de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15%, los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios. Las tasas de cesáreas responden ante todo a determinantes económicos: se eleva lentamente en el estrato de bajos ingresos, se incrementa rápidamente en el de ingresos intermedios y vuelve a aumentar lentamente a medida que se alcanza el nivel de saturación con los mayores ingresos. A pesar de que los ingresos y la mortalidad muestran una correlación lineal indiscutible, no hay indicios de que haya una relación inversa entre los ingresos y la tasa de cesáreas, incluso cuando los ingresos son muy elevados. En América Latina la tasa de cesárea ha crecido en forma sostenida durante los últimos 15 años (Belizan 1999, Esteban Puentes 2004, Villar 2007, Ceriani Cernadas 2010). El mismo fenómeno ha ocurrido en la Argentina, con claras diferencias entre los establecimientos públicos y privados (Casale, 2009, Ceriani Cernadas op cit.). Algunos trabajos sostienen que la cesárea, cuando no es prescrita por razones médicas, no tiene mejor pronóstico resolutivo que el parto vaginal y por el contrario guarda asociación con complicaciones evitables de morbilidad y mortalidad materno perinatal (Belizan ,2006).

Se estima que en América Latina se producen alrededor de medio millón de cesáreas injustificadas anuales, incrementando la prematuridad, el distress respiratorio y la muerte materna. La cesárea cuando está justificada

resulta una intervención exitosa para reducir mortalidad y morbilidad materna, no así cuando no está medicamente justificada y puede entonces convertirse en una tecnología no recomendada con efectos adversos (Belizan, 2006, Althabe, 2006, Lavender, 2008, Hansen, 2008, Jonguitud, 2011).

Aunque aún existe controversia acerca de la tasa máxima deseable de cesárea, la OMS ha publicado oportunamente el guarismo de 15.0% como límite superior (Anon,1985). En América latina sólo siete países cumplen con esta frecuencia, en tanto el resto la superan con intervalos que van desde el 17.0% al 40.0%. Sin embargo, estos países con dicha tasa de cesárea incluyen el 80.0% de los nacimientos de toda la región (Murray .2000).

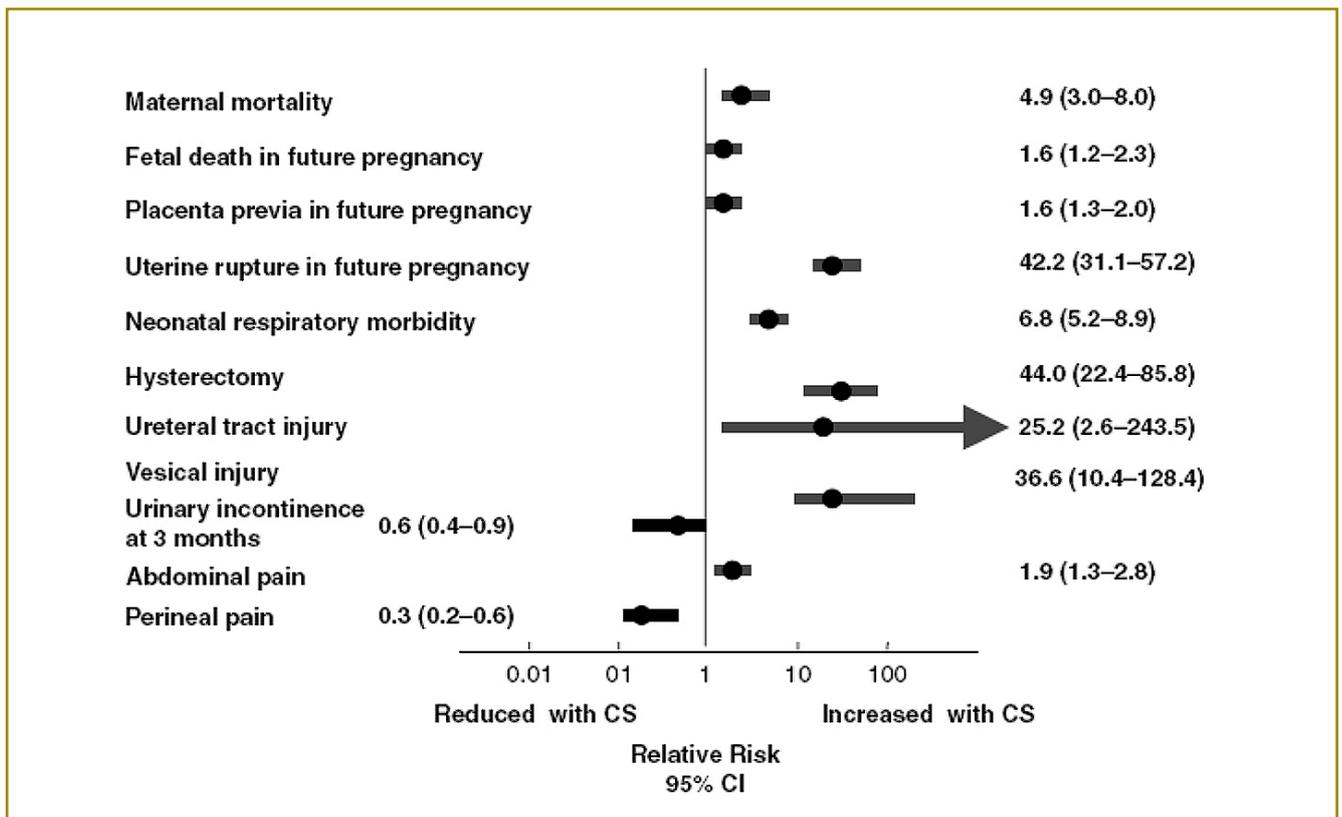
Este aumento en las tasas de cesárea ha producido preocupación en múltiples ámbitos, tanto académicos como aquellos relacionados con las políticas de salud pública. (Barros ,1991, Puentes Rosas, 2004, Gray, 2007). Dentro de las preocupaciones expuestas está el hecho de que el antecedente de una cesárea incrementa los riesgos en los embarazos siguientes, como placenta previa y acretismo placentario. Por otra parte aumenta el riesgo de que el parto posterior también sea por cesárea (Heminski ,2005). Estas preocupaciones de índole clínico, sumadas a las consideraciones económicas, hacen que el análisis profundo del tema sea de gran trascendencia desde la perspectiva de la salud pública. Múltiples causas se han asociado con este fenómeno: el uso del monitoreo fetal intraparto, continuo o intermitente, ha permitido de forma más temprana detectar posibles complicaciones durante la fase activa de modo que el diagnóstico del estado fetal insatisfactorio ha cobrado gran vigencia, aunque no siempre luego de la cesárea se evidencian alteraciones en la unidad fetoplacentaria que justifiquen el trazado anormal (Campero, 1998, Salinas, 2004).

Con estos antecedentes, el creciente temor por parte de los especialistas a problemas medico legales por eventuales complicaciones asociadas a la vía del parto vaginal, hace que se prefirieran en la mayoría de los casos los partos por vía abdominal.

Se ha reportado que existe asociación tanto con el nivel de riqueza de los países como con el lugar de atención – público o privado – con la tasa de cesárea (Murray op cit, Nilstun 2008). Aun más, se ha informado que el perfil del profesional que atiende el embarazo también forma parte de este grupo de variables, aun no muy claras (Puentes Rosas op cit). Por otra parte, se ha mencionado que la preferencia de la mujer por tener una cesárea, no constituye más de un 18.0% del total de las que se asisten en privado y que efectivamente han tenido cesárea (Murray op cit).

En un estudio realizado en varios países de Europa (Lavander op cit), la autonomía materna fue una de las principales causas de realización de dicho procedimiento, enfocada principalmente en el miedo al dolor y a las posibles lesiones del canal de parto y sus

complicaciones a futuro, al igual que el deseo de prevenir complicaciones durante el trabajo de parto y posibles desenlaces adversos. Los obstetras que defienden la cesárea por petición materna justifican esta decisión basada en el respeto a la autonomía de las pacientes (Puentes Rosas op cit, Souza op cit). Otros en cambio, alegan preocupación respecto a problemas legales en caso de presentarse complicaciones en el parto vaginal. Al interrogar obstetras frente a la realización de cesáreas por petición materna se encontraron los siguientes porcentajes de aceptación; España (15%), Francia (19%), Holanda (22%) siendo los más altos en el Reino Unido (79%) y Alemania (75%) (Lavander op cit). La práctica de cesárea por causas no médicas carece de fundamento comprobado según esta reciente revisión Cochrane . En cambio existen evidencias en el sentido contrario. Hace varios años, del National Institute for Clinical Excellence de Gran Bretaña - citados en Birth 2006 por Belizan et al- mostró que -exceptuando la incontinencia urinaria a los 3 meses y el dolor perineal- el resto de las complicaciones son más frecuentes luego de una cesárea (NICE, 2012)



NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, NICE 2004

El perfil del especialista juega también un papel central. Muchos obstetras, formados en ambientes cada vez más intervencionistas, están mejor capacitados para atender partos quirúrgicos que para atender nacimientos que podrían efectuarse de manera segura por vía vaginal (Esteban Puentes, 2004). La relación directa entre el porcentaje de cesáreas y los niveles de ingreso se ha observado en otros contextos nacionales. En Brasil y Chile (Barros 1991) la probabilidad de cesárea es mayor cuando un nacimiento se atiende en clínicas privadas y la madre pertenece a estratos de Ingresos medios y altos. En México, Campero y colaboradores han sugerido que algunos ginecobstetras, atraídos sobre todo por beneficios económicos y con argumentos de una mayor seguridad y menores efectos secundarios, han creado una demanda de cesáreas entre las mujeres de los grupos socioeconómicos más favorecido. La "demanda inducida" por lo general se asocia a una falta de información entre las usuarias de servicios de maternidad y a una muy poca participación de las madres en las decisiones relacionadas con los nacimientos (Campero ,1998).

Los resultados de algunos trabajos muestran que las diferencias en las tasas de cesárea no son debidas a las condiciones obstétricas sino más bien al perfil del médico y del hospital, por otra parte en el grupo de menos cesáreas había más obstétricas que ginecólogos (Salinas op cit). Esto ha llevado a diversos grupos de consumidores a pugnar, ya no tanto por un "consentimiento informado" como lo que se ha denominado "elección informada".

La cuestión social de la demanda por la mujer ha sido abordada en varios estudios. Por ejemplo, en Inglaterra Emmet y col analizaron la decisión de la mujer cuando ya tenía antecedente de cesárea previa. Este estudio cualitativo puso de relieve la poca información brindada a las mujeres para tomar su decisión. (Emmet ,2006). En el trabajo de Qublan y col (Qublan, 2003) se estudió la decisión profesional de realizar cesárea de acuerdo a dos grupos de hospitales: entre 3000 a 7000 partos/año y el otro entre 1500 a 2000. Claramente en el primer grupo la prevalencia de cesárea fue menor pero en ambos grupos variaron la cantidad de profesionales -con mayor experiencia a favor del primer grupo-, la

cantidad de población a cubrir - también mayor en el pimer grupo- la dotación de camas y existencia de UTIN. Además, tenían mayor actividad las obstétricas (85.0% cubrían el trabajo de parto en el primer grupo vs 74% en el segundo). Las características de las condiciones de calidad de atención obstétricas parecieron jugar un rol importante.

En el estudio de Murray (Murray, 2000) realizado en Chile se indago acerca de las altas tasas de cesárea en el ámbito privado mediante un estudio cualitativo a expertos y usuarias. Las diferencias en la prevalencia de cesárea fueron importantes: 57-83% en privado y 27-28% en público. Solo entre 6% al 32% de las atendidas en privadas declararon que preferían tener cesárea. El problema del trabajo en privado tiene muchas aristas del mercado de la medicina, involucrando la competitividad, tiempos de actividad profesional, y la necesidad de que el paciente se sienta satisfecho o pierde el cliente, cosa que no ocurre en el ámbito público de la misma manera. Según esta investigación, los obstetras se dividieron en dos grupos, los vaginalistas y los que creen que la tasa de cesárea deseable es controversial y que en realidad hay seguridad en los procedimientos. En las clínicas privadas, donde la tasa de cesárea era del 70% solo 18% declaro preferencia por esta forma de parto.

Hace ya varios años, Robson propuso un método para la reducción de cesáreas basado en auditoria y segunda opinión (Robson, 1996). Este método ha dado resultados en varios países e incluso Argentina ha participado de experiencias piloto (Salinas ,2004, Althabe ,2004 , Villar, 2007). La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) ha publicado una recomendación para el manejo de la decisión cesárea, entendiendo que el aumento es preocupante.

En el estudio de cohorte multicéntrico del Global Survey on Maternal and Perinatal Health Survey Group de la OMS (Villar op cit) se analizaron los beneficios y riesgos del nacimiento por cesárea en 8 países de Latinoamérica. Se estudiaron 97 mil partos distribuyéndose en tres grupos de pacientes: parto vaginal, cesárea electiva y cesárea intraparto. Las pacientes con cesárea tuvieron un riesgo del

100.0% mayor de presentar morbilidad materna (OR 2.0, IC 95% 1.6-2.5). En la presentación distócica, la cesárea mostro una reducción del riesgo de muerte fetal (OR 0.7 IC95% 0.4-1.0). La mortalidad neonatal en cambio se vio aumentada en la presentación cefálica sin signos de distress neonatal y controlando factores de confusión y la edad gestacional (OR 1.7 IC95% 1.3-2.2). Este riesgo no se observo en presentaciones distócicas. Como conclusión del estudio, la cesárea se observo como beneficiosa en la reducción de riesgo de mortalidad en la presentación podálica y en reducir el riesgo de muerte intraparto en la presentación cefálica complicada. Por el contrario, fue un factor de riesgo de morbilidad materna y neonatal en las presentaciones cefálicas sin signos de sufrimiento. Asimismo el ingreso a la UTIN se vio aumentado en la terminación cesárea. Una de las hipótesis planteadas en el estudio es que la cesárea electiva reduce el natural trabajo de parto afectando el proceso de inicio de la respiración. Se conoce el aumento del distress respiratorio y la taquipnea transitoria que provoca la cesárea en comparación con la terminación vaginal, probablemente debido a la bajas dosis de catecolaminas y prostaglandinas así como la ausencia de compresión pleural que durante el parto normal se produce para facilitar la adaptación posnatal. Se han descripto tres patrones de elección de la cesárea en presentación cefálica: el primero frente a una emergencia en la cual no hay duda de la intervención, el segundo para prevenir posibles complicaciones perinatales ya previstas durante el monitoreo fetal o en parámetros clínicos. En ambos casos hay una tasa de falsos positivos importante. Finalmente se encuentran las causas culturales, legales, incluyendo la demanda de la paciente, que carecen de indicaciones clínicas.

Datos adicionales de la bibliografía, en una reciente revisión sistemática (Sanchez Lopez op cit) reporta los siguientes hallazgos como complicaciones de la cesárea:

Desprendimiento placentario: Los resultados muestran un aumento de abrupcio de placenta en las pacientes con antecedente de cesárea y que se incrementa en la medida en que aumenta el número de cesáreas. Los riesgos van desde un OR 1.38 (95%

IC 1.2-1.6) hasta OR 4.18 (95 % IC 2.02 - 8.62). En estudios en los cuales se calculó el riesgo según el número de cesáreas, se reportaron OR 2.0 (95% IC 1.8 - 2.2) para cesárea previa y OR 1.4 (95% IC 1.1-1.8) en pacientes con antecedente de 2 cesáreas.

Placenta previa: los resultados muestran que la incidencia de abrupcio de placenta tiende a ser mayor en las pacientes con antecedente de cesárea y que se incrementa en la medida en que aumenta el número de cesáreas. Igualmente en la evaluación de este desenlace, se documentó en uno de los estudios la probabilidad de que el antecedente de cesárea sea un factor de riesgo significativo para la aparición de placenta previa concomitantemente con acretismo OR 7.9 (95%CI 1.7-37.4), con un incremento progresivo directamente proporcional al número de cesáreas: 1 cesárea 3%, 2 cesáreas 11%, 3 cesáreas 40%, 4 cesáreas 61% y 5 cesáreas o más 67%.

Acretismo placentario: Es clara la asociación entre cesárea previa y acretismo placentario, al igual que el aumento significativo en el riesgo de presentación de la patología en la medida en que se interviene de manera repetitiva a las pacientes. El riesgo de lesión de víscera hueca durante la intervención quirúrgica, al igual que la necesidad de monitorización continúa posoperatoria en unidad de cuidados intensivos, requerimiento de transfusiones y mayor estancia hospitalaria se encuentran reportados en la literatura como complicaciones secundarias a la entidad o al manejo de la misma.

El resultado más bajo fue OR 1.76 (IC 95% 1.48-2.09) y el más alto OR 49.6 (IC 95% 24.3-102.3). Un estudio reporta a la cesárea previa como fuerte predictor de acretismo placentario en concomitancia con placenta previa con OR 30.5 (IC 95% 8.2 - 113.6); sin embargo otros estudios muestran que con 1 cesárea el riesgo no es estadísticamente significativo, con 2 cesáreas se logran encontrar asociaciones entre OR 1.3 (IC 95% 0.7-2.3) y OR 8.6 (IC 95% 3536-21078) y con 3 cesáreas o más el riesgo se hace significativo con resultados entre OR 2.4 (IC 95% 1.3-4.3) y OR 29.8 (IC 95% 11.3-78.7).

Ruptura uterina: varios estudios muestran relación entre el antecedente de cesárea y ruptura uterina; la primera causa de esta condición es el trabajo de

parto prolongado, aproximadamente en el 52%, siguiendo posteriormente la cesárea previa (32.1%). En la evaluación de resultados el más bajo fue OR 2.1 (IC 95% 1.45 – 3.05) y el más alto OR 521 (IC 95% 197-1379). Siendo esta una entidad con alta probabilidad de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, la realización de histerectomía periparto se convierte en el procedimiento de elección.

Histerectomía: Existe una asociación entre el antecedente de cesárea e histerectomía periparto relacionada principalmente con atonía uterina y hemorragia posparto inherente a esta patología, así como mayor uso de transfusiones y monitorización posoperatoria en UTI y la probable lesión de vísceras abdominales durante la realización del procedimiento quirúrgico. Los riesgos asociados van desde OR 2.70 (IC 95% 1.10 – 6.61) a OR 18.6 (IC 95% 7.67 – 45.4). Una revisión reciente reporta que la cesárea previa es un factor predisponente significativo para histerectomía periparto con ORs entre 1.4 y 1.79, aumentando con 2 cesareas previas a ORs entre 3.8 y 18.6. Las causas más frecuentes de histerectomía están relacionadas con atonía uterina, placenta previa y acretismo placentario.

Sepsis puerperal: Varios artículos exponen que la cesárea previa es factor de riesgo para la aparición de sepsis puerperal (OR 1.76 IC 95% 1.48 – 2.09 / OR 17 IC 95% 46 –49.5), incluso otros estudios reportan que las pacientes con más de 3 cesáreas previas tienen el doble de riesgo de presentar fiebre durante este período OR 2.31 (IC 95% 10.4 – 5.14). También la incidencia de endometritis varía con respecto al número de cesáreas previas: 1 cesárea 2.5%, 2 cesáreas previas 0.4% y 3 cesáreas previas 0.6% p <0.05 OR 1.62 (IC 95% 1.40-1.87), al igual que el riesgo de infección del sitio operatorio: 1 cesárea previa 2.9%, 2 cesáreas previas 0.9%, 3 cesáreas previas 1% p <0.05 OR 0.6 (IC 95% 0.4 – 0.9).

Ingreso a UTI: Los estudios muestran que la probabilidad de ingreso a unidad de cuidados intensivos es de 1.58%, variando con el numero de cesáreas: 13% si se tiene antecedente de 1 cesárea, 15% si son 2 cesáreas y del 48% si se tienen 3 o más cesáreas como consecuencia principalmene de hemorragia posparto con requerimiento de

histerectomía secundaria; sin embargo, deben realizarse más estudios con muestras poblacionales mayores para establecer si hay relación causal entre la intervención y este desenlace con el número de cesáreas realizadas.

Mortalidad perinatal: el problema para relacionar muerte perinatal y cesárea es que frecuentemente se asocia a la presencia de alguna patología secundaria que puede afectar el desenlace. Algunos pocos estudios reportan a la cesárea previa como factor de riesgo para muerte perinatal, OR entre 0.8 (IC 95% 0.7 –0.97) y 1.76 (IC 95% 1.48-2.09); Otro estudio revela que el riesgo de muerte perinatal se incrementa si el primer embarazo tuvo parto por cesárea: OR 1.6 (IC 95% 1.4-1.7) OR 1.5 (IC 95% 1.3-1.6).

Ingreso a UTIN: Hay evidencia entre el nacimiento por cesárea y el ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatal. Se carece de estudios que valoren el desenlace con respecto al número de cesáreas. El riesgo de ingreso a UTIN por parto cesárea fue desde OR 1.41 (95% IC 1.25–1.60) hasta OR 2.93 (95% IC 1.28 – 6.72). Se encontró asociación entre el riesgo de ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatal y ventilación mecánica en recién nacidos a término con antecedente de cesárea y nacimiento por esta misma vía en el parto, con riesgo relativo de 1.52 (95% IC 1.15-2.02), Bajo peso al nacer: el riesgo de bajo peso en el siguiente embarazo luego de una cesárea se encuentra aumentado hasta 1.5 veces (OR 1.5 IC 95% 1.4 – 1.5). En uno de los estudios de esta revisión se evaluó el riesgo del desenlace de acuerdo al número de cesáreas: 2 cesáreas OR 1.04 (IC 95% 0.92-1.17) y 3 cesáreas OR 1.16 (IC 95% 0.99 – 1.37) aunque puede verse que no resultan estadísticamente significativos.

Distress respiratorio: se presenta con mayor frecuencia en niños nacidos por cesárea RR 1.7 (IC 95% 1.1 – 2.6). No hay estudios que evalúen si esta condición está relacionada con la presencia de múltiples cesáreas, sin embargo, un estudio concluye que la realización de cesarea electiva por encima de las 38.4 semanas disminuye el riesgo de distress respiratorio en forma significativa OR 0.5 (IC 95% 0.34 – 0.74).

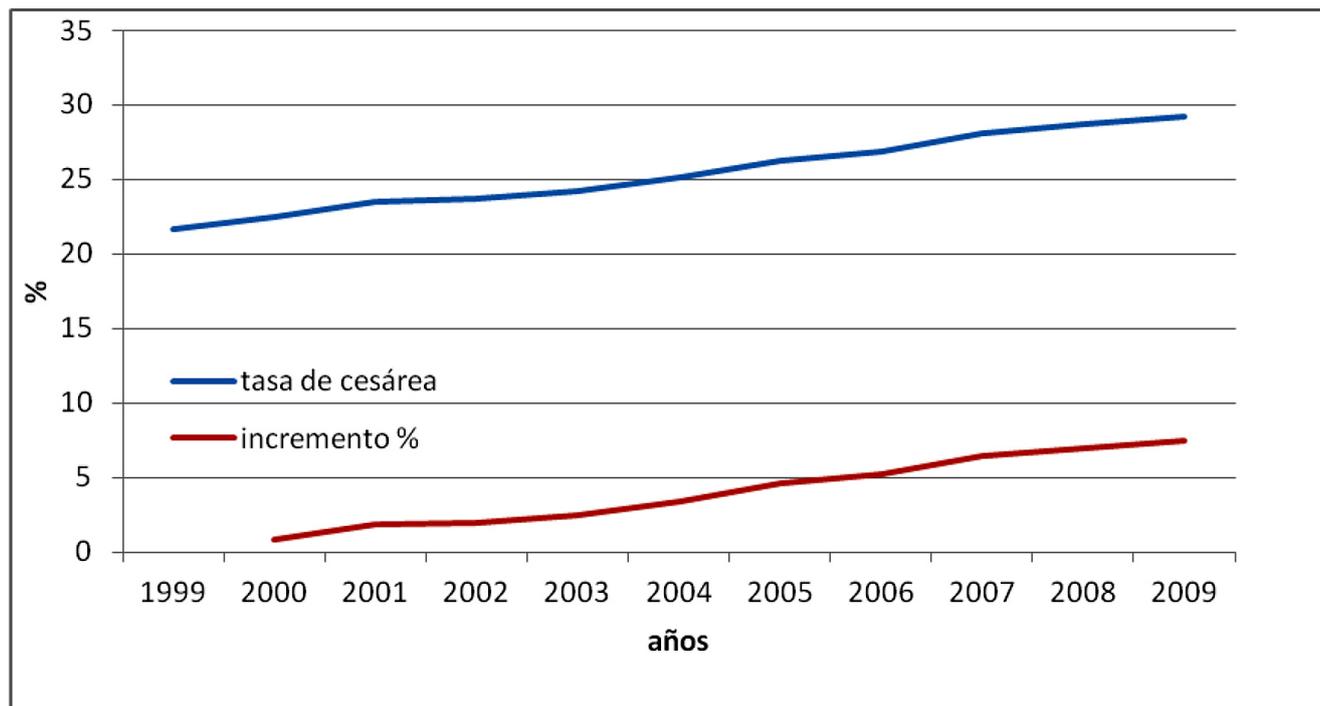
Otros datos surgen de diferentes autores sugiriendo

mayor riesgo en la cesárea de varias complicaciones que incluyen mortalidad materno fetal, rotura uterina en el próximo embarazo, morbilidad respiratoria neonatal, histerectomía, injuria uretral y vesical y dolor abdominal (Rortveit 2003, Hannah 2004, Petterson 2007, Clark 2009, Jongitud 2011).

### DATOS DE CESÁREA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

La tasa de cesárea, según datos recientes, ha aumentado en forma sostenida en el sector público y privado. Los datos de la Provincia de Buenos Aires muestran un crecimiento constante de la tasa de cesárea, con grandes variaciones entre Regiones Sanitarias y entre establecimientos.

#### EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREA EN LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. TASA PORCENTUAL E INCREMENTOS PORCENTUALES EN RELACIÓN AL AÑO DE INICIO DE LA SERIE HISTÓRICA.



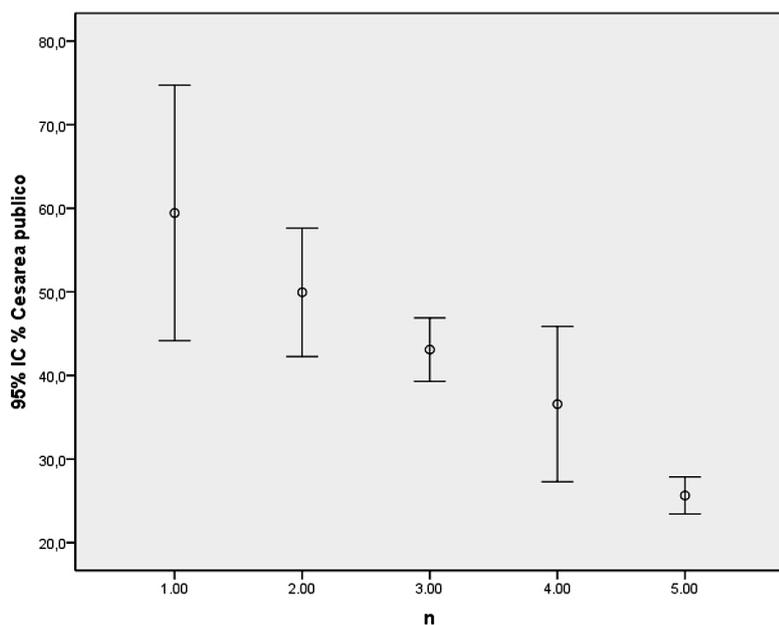
FUENTE: MINISTERIO DE SALUD , PBA. ELABORACIÓN PROPIA

Las curvas muestran la evolución de la tasa de cesárea por año en el sector público. Si lo expresamos como porcentaje de aumento anual en relación al período inmediato anterior, obtendremos una curva como la roja. Esta señala que, iniciando la serie en el año 1999 se alcanza en el 2009 a un 8% de aumento en la tasa.

Otra forma de analizar consiste en ordenar de acuerdo a la población la tasa de cesárea. Se puede observar que hay una tendencia a que en las regiones de menor población la tasa de cesárea es superior.

Para observar la asociación entre tamaño poblacional y tasa de cesárea se organizó a la población según la cantidad de mujeres en edad fértil (15-49 años de edad).

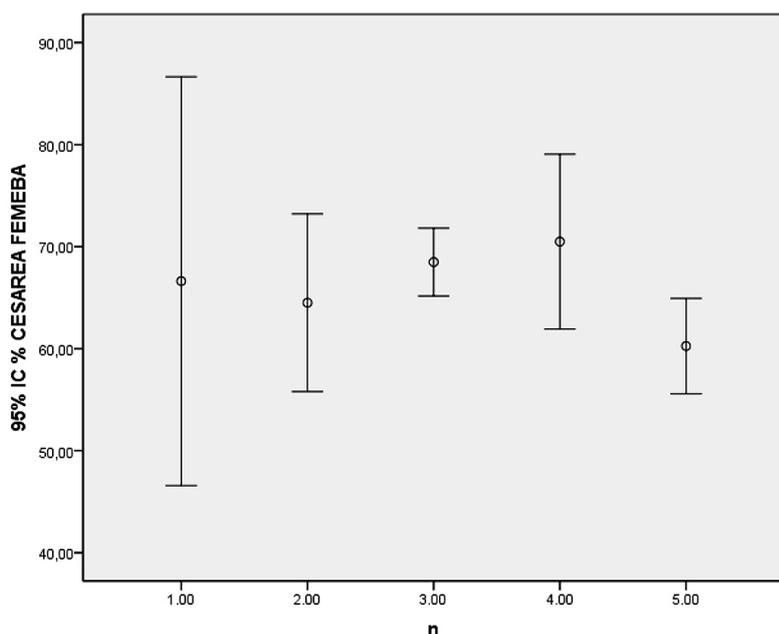
MEDIA E IC 95% DE LA FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL ÁMBITO PÚBLICO SEGÚN NIVELES DE HABITANTES MUJERES, 2009



REFERENCIA: HABITANTES MUJERES; 1; HASTA 5000, 2: DE 5001 A 10000, 3: DE 10001 A 50000, 4: DE 50000 A 100000, 5: MÁS DE 100000  
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN DATOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Claramente hay una tendencia a que en las comunidades mayores en número de habitantes mujeres en edad fértil la tasa de cesárea tiende a disminuir, no obstante la gran variación que se refleja en la amplitud de los intervalos de confianza de la tasa promedio. En tanto, si se analiza con el mismo criterio de tamaño poblacional considerando ahora el sector privado, esta tendencia desaparece y es suplantada por un patrón que pese a la gran variación que muestra dentro de cada grupo, no refleja que haya una diferencia entre las tasas.

MEDIA E IC 95% DE LA FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL ÁMBITO PRIVADO (FEMEBA) SEGÚN NIVELES DE HABITANTES MUJERES, 2009-2010



REFERENCIA: HABITANTES MUJERES; 1; HASTA 5000, 2: DE 5001 A 10000, 3: DE 10001 A 50000, 4: DE 50000 A 100000, 5: MÁS DE 100000

Estudiando los datos de cesáreas y partos del ciclo anual 2009-2010 en el ámbito de FEMEBA, la prevalencia global de cesárea es del 68.0%. El 50.0% de las cesáreas se distribuye en el 30% de las entidades primarias, en tanto un 70% de las cesáreas se distribuyen en el 30% de los prestadores.

## FUNDAMENTOS

Según datos locales del ámbito de FEMEBA, la prevalencia global de cesárea es del 68.0%. El 50.0% de las cesáreas se distribuye en el 30% de las entidades primarias, en tanto un 70% de las cesáreas se distribuyen en el 30% de los prestadores. Parece haber una tendencia, en términos generales, a que a medida que el número de nacimientos es menor, aumenta la prevalencia de cesárea. Algunas entidades primarias muestran, en sentido contrario, gran número de nacimientos y también de cesáreas. A partir de esta evidencia, el Área de Prevención del IOMA, en conjunto con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) y la colaboración de la Fundación FEMEBA han constituido un grupo de trabajo para investigar la práctica de cesárea en el ámbito de atención del parto de los beneficiarios del Convenio IOMA FEMEBA. El objetivo del trabajo del equipo es lograr identificar factores del contexto médico, sanitario y social relacionados con el incremento de la tasa de cesárea.

Las evidencias científicas muestran que salvo claras indicaciones médicas, esta práctica no resulta en beneficio de la paciente y por el contrario aumenta las probabilidades de algunos efectos no deseados, tanto maternos como del feto y neonatales.

Si el aumento de la tasa de cesárea se encuentra muy por arriba de lo teóricamente esperado (esto es, un 15%), resulta relevante conocer las circunstancias, perspectivas y opiniones de los prestadores de servicios y de las usuarias sobre este fenómeno. Como así también, la factibilidad de lograr una reducción mediante intervenciones específicas en el caso de considerarse oportuno.

## DISEÑO METODOLOGICO

En esta etapa se obtuvo información tanto de prestadores como de usuarias de la especialidad en obstetricia del convenio IOMA-FEMEBA.

El propósito general de esta etapa fue contribuir con información acerca de opiniones y perspectivas de prestadores y usuarias sobre la cesárea y sus condicionantes médicos y no médicos.

### Objetivos del componente cuantitativo.

1. Conocer y analizar las opiniones y supuestos respecto de la práctica de cesárea en usuarias.
2. Conocer y analizar las opiniones de los prestadores acerca de esta práctica y su frecuencia.

### II.1. Encuesta a prestadores

Se llevó a cabo una encuesta a prestadores (obstetras y tocoginecólogos) para conocer opiniones sobre condicionantes del parto por cesárea.

- **Diseño:** Estudio descriptivo transversal
- **Población.**  
 Universo: Médicos especialistas Toco ginecólogos /obstetras del IOMA-FEMEBA  
  
 Unidad de análisis: Médicos especialistas tocoginecólogos / obstetras cuya producción anual sea >20 partos.
- **Método:**  
 Muestra: Se realizó un censo de un mes de duración a todos los especialistas que realizan partos.  
 Instrumento de Registro: Encuesta estructurada autoadministrada a escala binomial y de Lickert. (Anexo I)
- **Dimensiones:**
  - a. Socio demográfica (contextualización del profesional)
  - b. Causalidad en la indicación cesárea

(Discriminando causas médicas y no médicas)

c. Creencias sobre la situación actual de esta práctica (Sección semiestructurada)

- Análisis:

Se procedió a calcular la distribución de frecuencia de todas las variables en sus dimensiones, cruzando los datos de a) y b) para obtener indicadores de asociación estadística. Las escalas serán nominales y de orden, incluyendo test no paramétricos. Los datos serán volcados a una base en Epi Info y analizados mediante SPSS.

- Procedimiento de recolección de datos:

Los cuestionarios fueron distribuidos desde FEMEBA central a los círculos médicos y desde estos a los profesionales. Los cuestionarios contemplaron el consentimiento informado, fueron anónimos y con secreto de divulgación y a sobre cerrado.

## II.2. Encuesta a usuarias

Se llevo a cabo una encuesta para conocer la perspectiva de las usuarias de IOMA – FEMEBA sobre el parto por cesárea, así como su experiencia

previa en el caso de las multíparas y cuáles eran sus expectativas en cuanto a la atención futura. Se incluyeron tanto nulíparas (para analizar perspectivas de expectativas) como multíparas (para analizar perspectivas de la experiencia previa y futura)

- Diseño: Estudio observacional descriptivo

- Población: Embarazadas bajo cobertura del IOMA que actualmente estén recibiendo atención en los Círculos Médicos para el retiro de su Bono de atención. Se considerará tanto multíparas como nulíparas.

- Instrumento de registro: Encuesta semi estructurada autoadministrada a escala binomial y de Lickert.

Variables de confusión: se consideró el nivel educativo, la paridad y la edad.

Se presentan los datos tabulados y gráficos correspondientes al análisis de las encuestas distribuidas en 111 entidades primarias del proyecto de estudio de caso sobre condicionantes de la práctica de cesárea en el ámbito del convenio IOMA-FEMEBA.

## RESULTADOS

### i) Cobertura

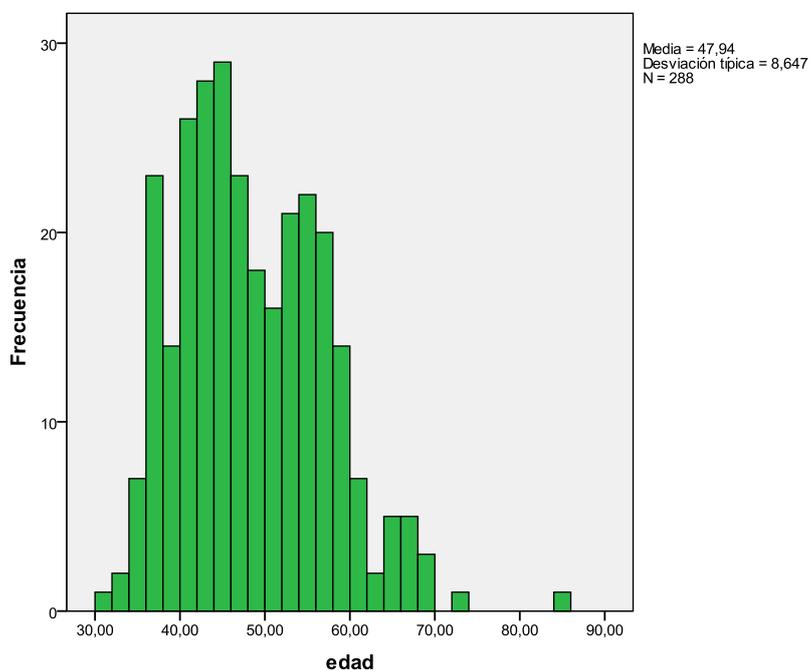
TABLA 1

TIPO DE ENCUESTA	DISTRIBUIDAS	RECIBIDAS	COBERTURA %
Total Encuestas Profesionales	349	320	91.6
Total Encuestas Pacientes	1268	1110	87.54
Total de entidades participantes	111	105	94.59

La efectividad de la encuesta fue muy satisfactoria, superando el 80%, vale decir un 10% por sobre el piso teórico esperado del 70%. Este estudio ha recolectado la opinión de más de 1000 pacientes embarazadas y de casi 300 especialistas, participando más de 100 entidades primarias. Hubo una importante variación en cuanto a la cobertura por entidad primaria.

ii) Encuesta a Profesionales.

**Gráfico 1**  
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS PROFESIONALES



**Tabla 2**

EDAD DE LOS PROFESIONALES					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío estándar
edad	288	31,00	85,00	47,9375	8,64734

Los profesionales tienen una edad promedio de 48 años y 20 años de profesión, desde los 31 años como límite más joven a 85 años como límite superior. Esto significa que las opiniones abarcan distintas experiencias en cuanto a programas de estudio postgrado, realidades sanitarias del país y ejercicio profesional. Con 20 años en la especialidad como promedio, el hospital público abarca el 80% de la actividad de estos profesionales, de los que el 70% también actúa en el ámbito privado.

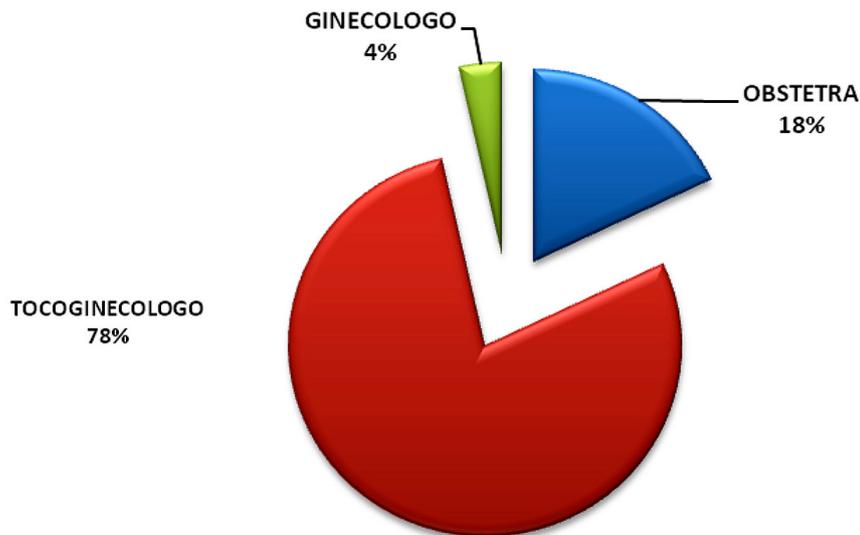
**Tabla 3.**

AÑOS EN LA ESPECIALIDAD					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío estándar
Años en la especialidad	287	2,0	50,0	19,6	8,7
N válido (según lista)	287				

**Tabla 4.**  
LUGAR DE ATENCIÓN ASISTENCIAL. PROFESIONALES

LUGAR	N	%
Clínica privada	203	69.3
Consultorio privado	210	71.7
Hospital	235	80.2
Ámbito académico	28	9.6

**Gráfico 2.**  
DISTRIBUCIÓN DE LA ESPECIALIDAD (N= 284)



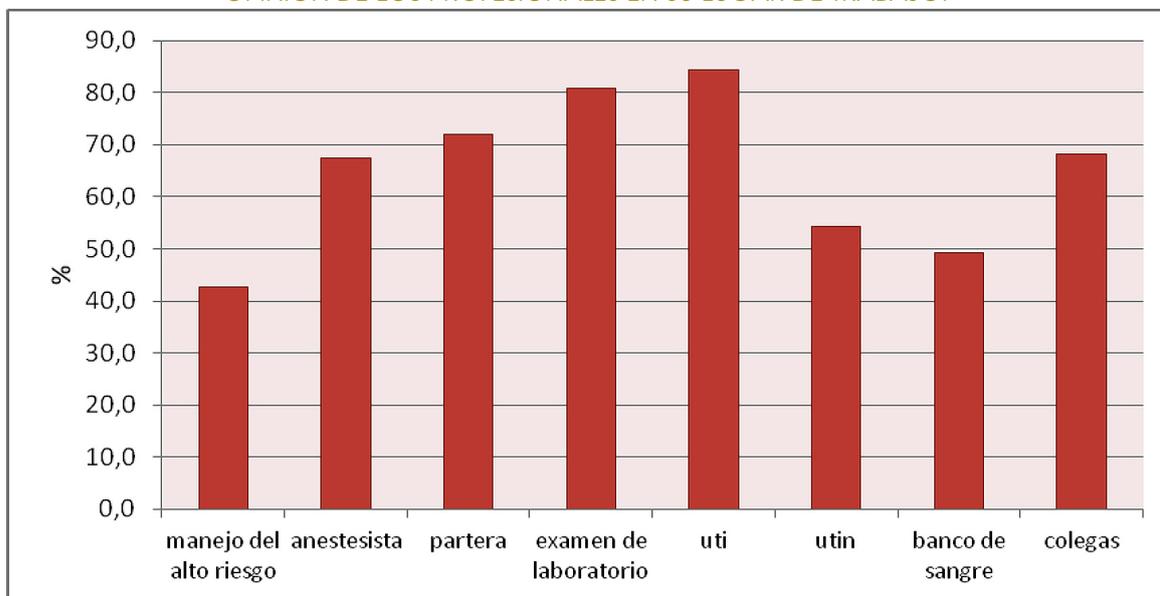
**Tabla 5.**  
CONDICIONES PRESENTES EN EL ÁMBITO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES

CONDICIONES EXISTENTES EN SU LUGAR DE TRABAJO	SIEMPRE	ES VARIABLE	POCO FRECUENTE	NUNCA	TOTAL
Manejo del alto riesgo	129	130	40	3	302
% Fila	42.7	43.0	13.2	1.0	100
Anestesista	214	98	5	1	318
% Fila	67.3	30.8	1.6	0.3	100
Partera	230	56	15	19	320
% Fila	71.9	17.5	4.7	5.9	100
Examen de laboratorio	261	40	10	12	323
% Fila	80.8	12.4	3.1	3.7	100
UTI ADULTOS	273	29	9	13	324
% Fila	84.3	9.0	2.8	4.0	100
UTI NEONATAL	175	39	15	93	322
% Fila	54.3	12.1	4.7	28.9	100
Banco de sangre	154	49	14	96	313
% Fila	49.2	15.7	4.5	30.7	100
Colegas para consultar	213	66	28	5	312
% Fila	68.3	21.2	9.0	1.6	100
<b>TOTAL</b>					

En este apartado se interroga acerca de condiciones existentes en el lugar de trabajo. Esta pregunta apunta en cierta medida a definir algunas de las condiciones obstétricas esenciales y que parecen estar comprometidas en cierta medida en algunos de los lugares de trabajo. Esto debería analizarse desde una perspectiva más profunda, ya que no se indaga acerca de la complejidad del lugar de trabajo.

**Gráfico 3.**

CONDICIONES OBSTÉTRICAS ESENCIALES SIEMPRE PRESENTES EN EL LUGAR DE TRABAJO. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES EN SU LUGAR DE TRABAJO.



**Tabla 6.**

CAUSAS DE CESÁREA SEGÚN LA OPINIÓN DEL PROFESIONAL. FRECUENCIAS ABSOLUTAS

	1- MUY IMPORTANTE	2- IMPORTANTE	3- REGULARMENTE IMPORTANTE	4- NO ES IMPORTANTE	TOTAL
1- La cesárea previa	181	81	48	4	314
2- El sufrimiento fetal agudo	169	67	62	16	314
3- La desproporción céfalo pélvica	94	102	97	14	307
4- El parto prolongado	31	111	133	34	309
5 - La falta de progresión	71	151	85	5	312
6 - El fracaso en la inducción	50	129	102	24	305
7 - La presentación podálica/posterior/transversa	170	51	62	31	314
8 - El desprendimiento placentario	184	16	60	51	311
9 - La preeclampsia/eclampsia	138	73	76	20	307
10 - Otras enfermedades	8	44	145	77	274
11- La falta de recursos en el lugar de atención del parto	43	76	64	126	309
12 - El menor tiempo de permanencia en el trabajo de parto	26	32	76	160	294
13- El perfil del profesional en su práctica	67	62	67	99	295
14- Para evitar problemas legales	68	115	89	36	308
15- Por solicitud de la madre	76	99	106	31	312
16 - Las evidencias médicas según la bibliografía	51	77	84	81	293

**Tabla 7.**  
CAUSAS DE CESÁREA SEGÚN LA OPINIÓN DEL PROFESIONAL. PORCENTAJE

	1-MUY IMPORTANTE	2-IMPORTANTE	3- REGULARMENTE IMPORTANTE	4- NO ES IMPORTANTE	TOTAL
1- La cesárea previa	57.6	25.8	15.3	1.3	100.0
2- El sufrimiento fetal agudo	53.8	21.3	19.7	5.1	100.0
3- La desproporción céfalo pélvica	30.6	33.2	31.6	4.6	100.0
4- El parto prolongado	10.0	35.9	43.0	11.0	100.0
5 - La falta de progresión	22.8	48.4	27.2	1.6	100.0
6 - El fracaso en la inducción	16.4	42.3	33.4	7.9	100.0
7 - La presentación podálica/posterior/transversa	54.1	16.2	19.7	9.9	100.0
8 - El desprendimiento placentario	59.2	5.1	19.3	16.4	100.0
9 - La preeclampsia/eclampsia	45.0	23.8	24.8	6.5	100.0
10 - Otras enfermedades	2.9	16.1	52.9	28.1	100.0
11- La falta de recursos en el lugar de atención del parto	13.9	24.6	20.7	40.8	100.0
12 - El menor tiempo de permanencia en el trabajo de parto	8.8	10.9	25.9	54.4	100.0
13- El perfil del profesional en su práctica	22.7	21.0	22.7	33.6	100.0
14- Para evitar problemas legales	22.1	37.3	28.9	11.7	100.0
15- Por solicitud de la madre	24.4	31.7	34.0	9.9	100.0
16 - Las evidencias médicas según la bibliografía	17.4	26.3	28.7	27.6	100.0

En este apartado se interrogó acerca de lo que a criterio del médico son las principales causas de cesárea clasificándolas de acuerdo a una escala de valoración (desde muy importante a no importante) y posteriormente agrupadas en clases (causas materno-fetales o médicas, causas legales, aquellas relacionadas con el lugar de trabajo y sus condiciones de funcionamiento y finalmente la solicitud materna).

En relación a la falta de recursos en el lugar del parto, resultó ser uno de los puntajes más altos en la categoría "no es importante" como causa de cesárea, posiblemente debido a que el profesional considera al parto vaginal en este caso y que para el mismo tiene las condiciones aseguradas.

Esto refleja la disparidad de condiciones de los lugares de desempeño profesional, siendo el área más crítica la neonatal y el manejo de la sangre.

**Tabla 8.**  
AGRUPAMIENTO DE LAS CAUSAS DE CESÁREA SEGÚN LOS PROFESIONALES

GRUPO DE CAUSAS	RESPUESTAS					PORCENTAJE				
	MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	REGULAR	NO ES IMPORTANTE	TOTAL	MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	REGULAR	NO ES IMPORTANTE	%
Causas medicas	1096	825	870	276	3067	35.7	26.9	28.4	9.0	100
Causas no medicas	331	461	486	533	1811	18.3	25.5	26.8	29.4	100

Cada grupo de causas es considerado como el 100% y dentro del mismo se puede observar la diferente calificación que el profesional considera como causa de cesárea. En las causas no médicas se incluyeron aquellas relacionadas con la organización y estructura de la institución, la solicitud materna y los problemas legales.

Se interrogó sobre las complicaciones más o menos frecuentes luego de una cesárea considerando las mismas causas que en la revisión realizada por el NICE ( con fines comparativos).

**Tabla 9.**  
COMPLICACIONES DE LA CESÁREA. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES. PORCENTAJE

	MÁS FRECUENTE	MENOS FRECUENTE	TOTAL
1- Mortalidad materna	8.6	91.4	100.0
2 - injuria vesical	20.3	79.7	100.0
3 - injuria del uréter	7.1	92.9	100.0
4 - histerectomía	14.3	85.7	100.0
5 - incontinencia urinaria	2.4	97.6	100.0
6 - dolor perineal	17.8	82.2	100.0
7 - problemas respiratorios en el RN	58.4	41.6	100.0
8 - rotura uterina en embarazo posterior	34.1	65.9	100.0
9 - placenta previa en embarazo posterior	45.6	54.4	100.0
10 - necesidad de ingreso a UTI	11.4	88.6	100.0

BASADO EN LA GUIA DE LA NICE (NICE 2012)

**Tabla 10.**  
FRECUENCIA DE COMPLICACIONES LUEGO DE OPERACIÓN CESÁREA. COMPARACIÓN ENTRE LA GUÍA CLÍNICA DEL NICE Y LA ENCUESTA

ENCUESTA	GUÍA NICE	VARIABLE	COINCIDENCIA
Menos	mas	mortalidad materna	
Menos	menos	injuria vesical	*
Menos	mas	injuria del uréter	
Menos	mas	histerectomía	
Menos	menos	incontinencia	*
Menos	menos	Dolor perineal	*
Paridad	menos	problemas respiratorios neonatales	**
Menos	mas	rotura uterina posterior	
Paridad	mas	placenta previa ulterior	**

\*COINCIDENCIA \*\*PARCIALMENTE COINCIDENTE

Una de las cuestiones abordadas en el estudio fue las acciones que el profesional afirma realizar en la práctica clínica obstétrica y la valoración respecto de la frecuencia de estas actividades. Claramente surge una diferencia notable entre el conjunto de acciones y aquella referida a "si promueve un parto vaginal luego de una cesárea". Asimismo, las acciones que mayor frecuencia mostraron en la categoría "es variable" fueron aquellas referidas a si "comparte el plan de nacimiento" y "pregunta qué método de nacimiento prefiere" y la "estimulación de un parto vaginal luego de cesárea".

**Tabla 11.**  
ACCIONES QUE REALIZA EL PROFESIONAL EN SU PRÁCTICA DIARIA. FRECUENCIA ABSOLUTA

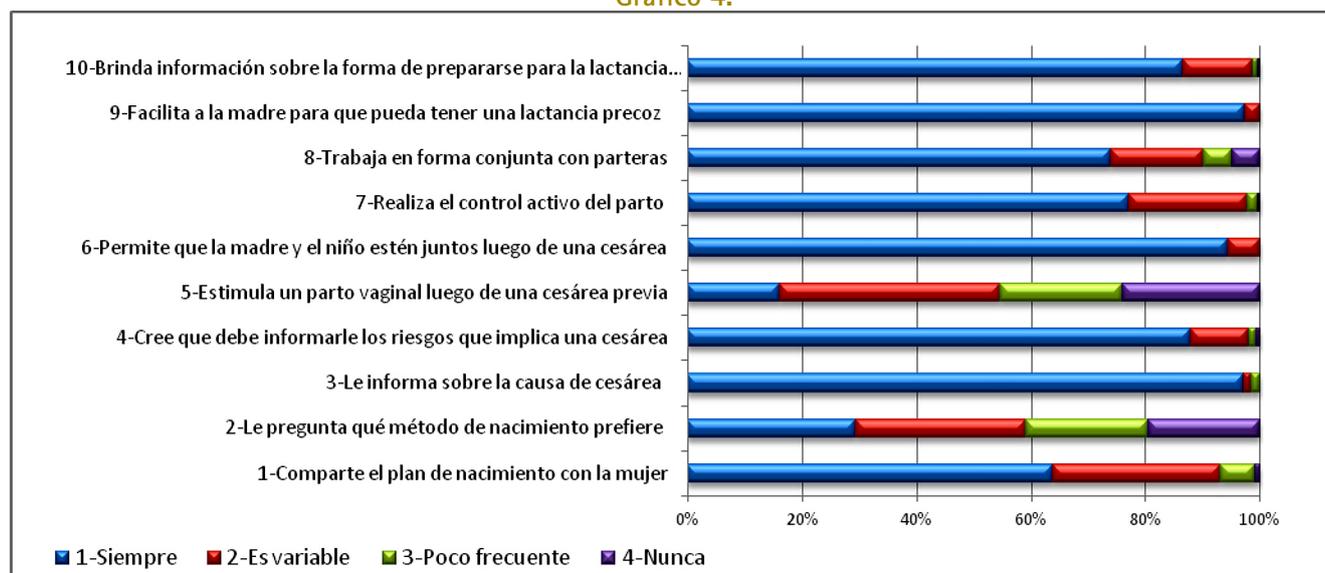
	1-SIEMPRE	2-ES VARIABLE	3-POCO FRECUENTE	4-NUNCA	TOTAL
1-Comparte el plan de nacimiento con la mujer	204	94	19	3	320
2-Le pregunta qué método de nacimiento prefiere	92	93	67	61	313
3-Le informa sobre la causa de cesárea	302	4	5	0	311
4-Cree que debe informarle los riesgos que implica una cesárea	275	32	4	2	313
5-Estimula un parto vaginal luego de una cesárea previa	50	120	66	75	311
6-Permite que la madre y el niño estén juntos luego de una cesárea	294	17	0	0	311
7-Realiza el control activo del parto	240	64	6	1	311
8-Trabaja en forma conjunta con parteras	231	50	16	15	312
9-Facilita a la madre para que pueda tener una lactancia precoz	304	8	0	0	312
10-Brinda información sobre la forma de prepararse para la lactancia durante el embarazo	269	38	3	1	311

**Tabla 12.**  
ACCIONES QUE REALIZA EL PROFESIONAL EN SU PRÁCTICA DIARIA. PORCENTAJE

	1-SIEMPRE	2-ES VARIABLE	3-POCO FRECUENTE	4-NUNCA	TOTAL
1-Comparte el plan de nacimiento con la mujer	63.8	29.4	5.9	0.9	100
2-Le pregunta qué método de nacimiento prefiere	29.4	29.7	21.4	19.5	100
3-Le informa sobre la causa de cesárea	97.1	1.3	1.6	0.0	100
4-Cree que debe informarle los riesgos que implica una cesárea	87.9	10.2	1.3	0.6	100
5-Estimula un parto vaginal luego de una cesárea previa	16.1	38.6	21.2	24.1	100
6-Permite que la madre y el niño estén juntos luego de una cesárea	94.5	5.5	0.0	0.0	100
7-Realiza el control activo del parto	77.2	20.6	1.9	0.3	100
8-Trabaja en forma conjunta con parteras	74.0	16.0	5.1	4.8	100
9-Facilita a la madre para que pueda tener una lactancia precoz	97.4	2.6	0.0	0.0	100
10-Brinda información sobre la forma de prepararse para la lactancia durante el embarazo	86.5	12.2	1.0	0.3	100

Siete de las diez acciones preguntadas tuvieron una adhesión de más del 70.0% como conducta que siempre está considerada en la atención.

**Gráfico 4.**

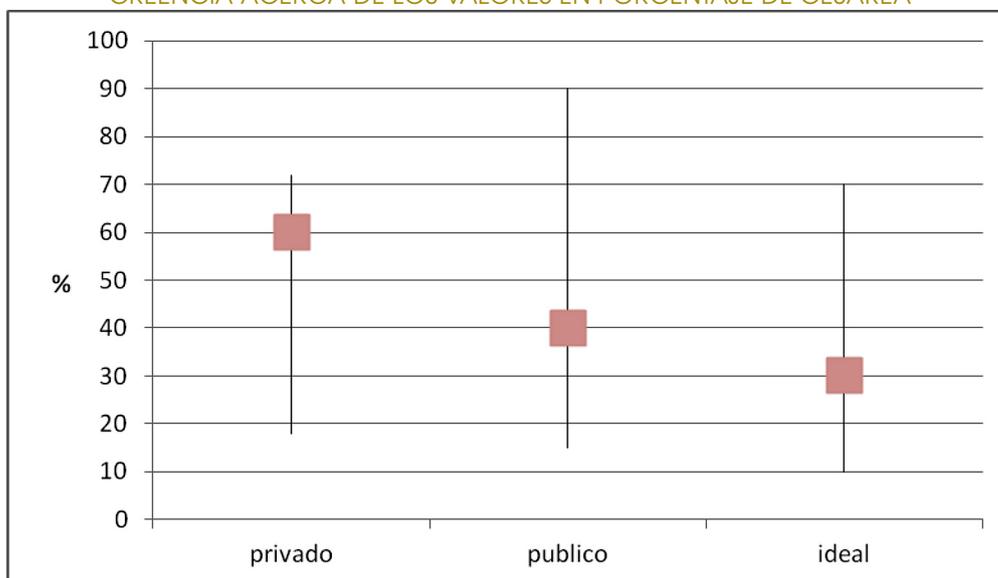


El gráfico de barras refleja que las acciones con mayor variabilidad son las que se relacionan al método de nacimiento, el compartir el plan de nacimiento y el estimular un parto vaginal con cesárea previa. De alguna manera son tres actividades que podrían facilitar la terminación en cesárea.

### CREENCIA EN LA FRECUENCIA DE CESÁREA ENTRE LOS PROFESIONALES:

En este apartado se interrogó acerca de la percepción numérica que el profesional tiene en relación a la frecuencia de cesárea.

Gráfico 5.  
CREENCIA ACERCA DE LOS VALORES EN PORCENTAJE DE CESÁREA



Al interrogar sobre cuáles creía que eran los valores de cesárea según el ámbito del subsistema público o privado de salud y finalmente cuál estimaba que debería ser la frecuencia de cesárea, se obtuvieron datos con una mediana claramente decreciente pero con mínimos y máximos muy abiertos. Esto refleja la discordancia entre los profesionales respecto de la frecuencia real e ideal y la diferencia según ámbito de efectores: públicos o privados

Las preguntas del cuestionario eran las siguientes, junto a los puntajes obtenidos:

a) ¿Cuál cree Ud que es la frecuencia de cesárea en el ámbito privado?

- mediana 60.0 limite inferior:18 limite superior:72.0

b) ¿Cuál cree Ud. que es la frecuencia de cesárea en el ámbito público?

- mediana 40.0 limite inferior:15.0 limite superior:90.0

c) ¿Cuál cree Ud. que debería ser la frecuencia de cesárea?

- mediana 30.0 limite inferior:10.0 limite superior:70.0

Hay una gran variabilidad de opiniones entre los profesionales acerca de la verdadera prevalencia de cesárea. En la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud informo que para el año 2009 esta prevalencia era del 29.2%, en tanto los datos recabados del sector privado de IOMA-FEMEBA fueron del 68.0% para el año 2010. Es decir que en la opinión profesional hay una sobreestimación de los datos en ambos casos y por otra parte la frecuencia ideal está incluso por arriba del dato oficial informado para el sector público y mucho más aún del reportado hace años por OMS.

Tabla 13.

¿CONSIDERA QUE UN INCREMENTO EN LOS HONORARIOS DEL PARTO INFLUIRÍA EN LA PREVALENCIA DE CESÁREA?

VALOR PRESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	76	28.4
No	192	71.6
Total	268	100.0

Prácticamente no hubo adhesión a la propuesta de incentivo monetario como hipotética intervención para reducir la tasa de cesárea y los argumentos rondaron en que hay aspectos estructurales que son mucho más condicionantes.

Tabla 14.

¿HUBO RECLAMOS DE MALA PRAXIS EN SU LUGAR DE TRABAJO?

RECLAMOS MALA PRAXIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	210	75.3
No	44	15.8
No se	25	9.0
total	279	100.0

Todos, excepto uno de los profesionales afirmó que en su lugar de trabajo conoce que haya habido algún caso de juicio por mala praxis relacionado a la especialidad.

Tabla 15.

¿CÓMO CONSIDERA LA FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL ÁMBITO PRIVADO?

FRECUENCIA	N	%
1- elevada	196	76.3
2- baja	1	.4
3- normal	60	23.3
Total	257	100.0

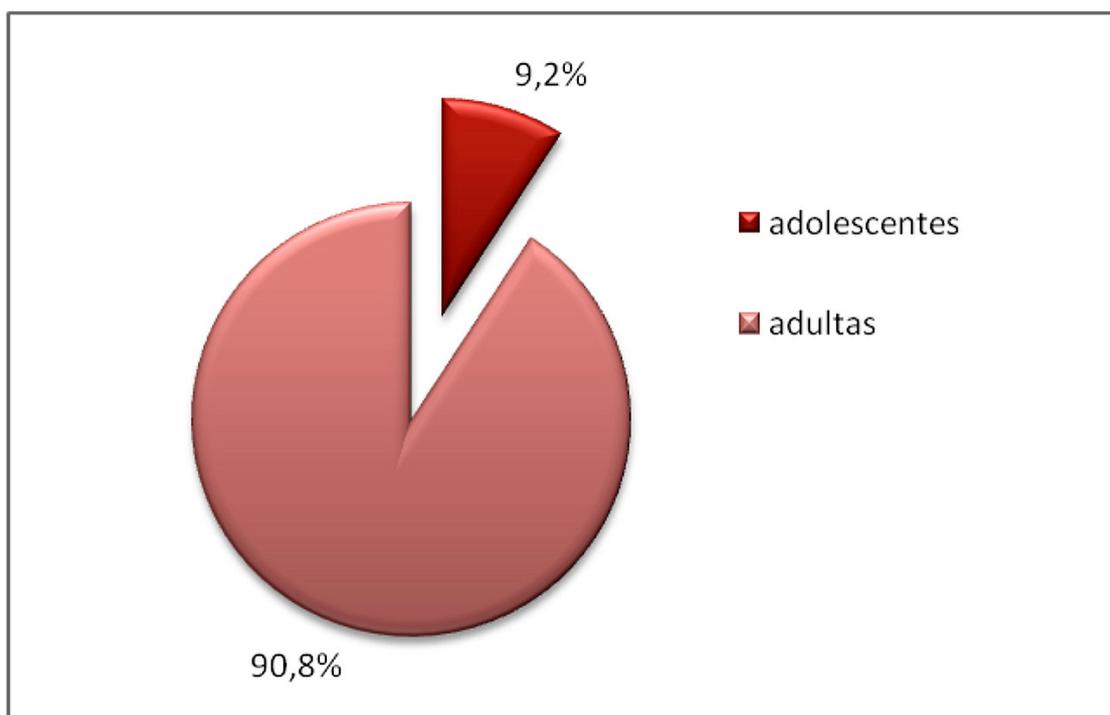
### iii) Encuesta a usuarias

#### RESULTADOS DE ASPECTOS CONTEXTUALES

Se describen en este apartado las características demográficas básicas de las pacientes encuestadas y sus antecedentes obstétricos. Con una edad promedio de 29 años y una prevalencia de 9.2% de adolescentes (cuatro puntos menos que el total de la Provincia 13.3% para el año 2010), cuatro de cada diez son nulíparas, y 52 de cada 100 presentan estudios superiores (frente al 4.9% del general para las madres de la Provincia de Buenos Aires). El 65% fue captado en esta encuesta luego de las 20 semanas de edad gestacional.

**Gráfico 1.**

DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD EN LAS USUARIAS ESTUDIADAS (ADOLESCENTES: 10-19 AÑOS DE EDAD)



**Tabla 1.**

DISTRIBUCIÓN DE LAS EMBARAZADAS POR GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	EMBARAZADAS	%
10a 19	101	9.2
20 a 24	147	13.3
25 a 29	270	24.5
30 a 34	338	30.7
35 a 39	201	18.2
40 a 44	42	3.8
45 a 49	3	.3
Total	1102	100.0

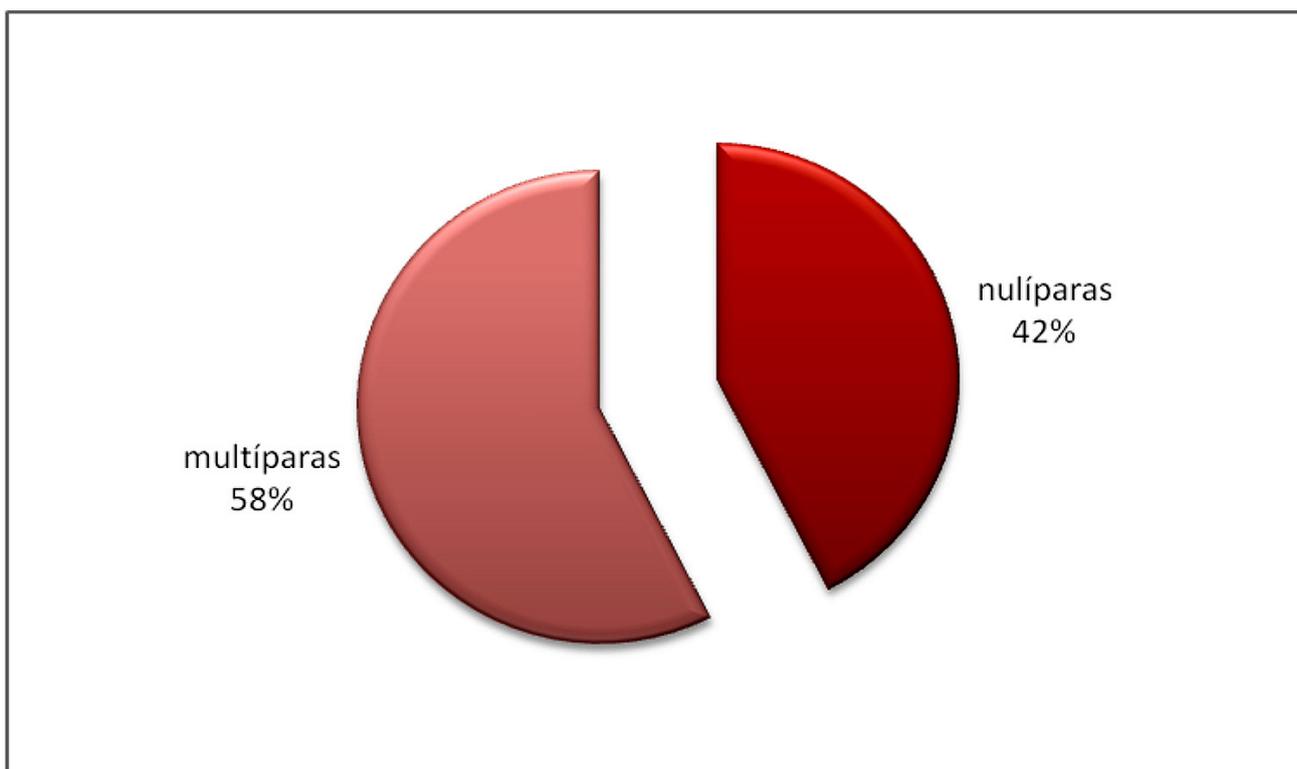
MEDIANA DE EDAD: 29 AÑOS. LÍMITE INFERIOR: 16 LÍMITE SUPERIOR: 42

**Tabla 2.**

NÚMERO DE GESTAS

EMBARAZOS	CASOS	%
primero	447	42.4
segundo	375	35.5
tercero y más	233	22.1
total	1055	100.0

**Gráfico 3.**  
PARIDAD

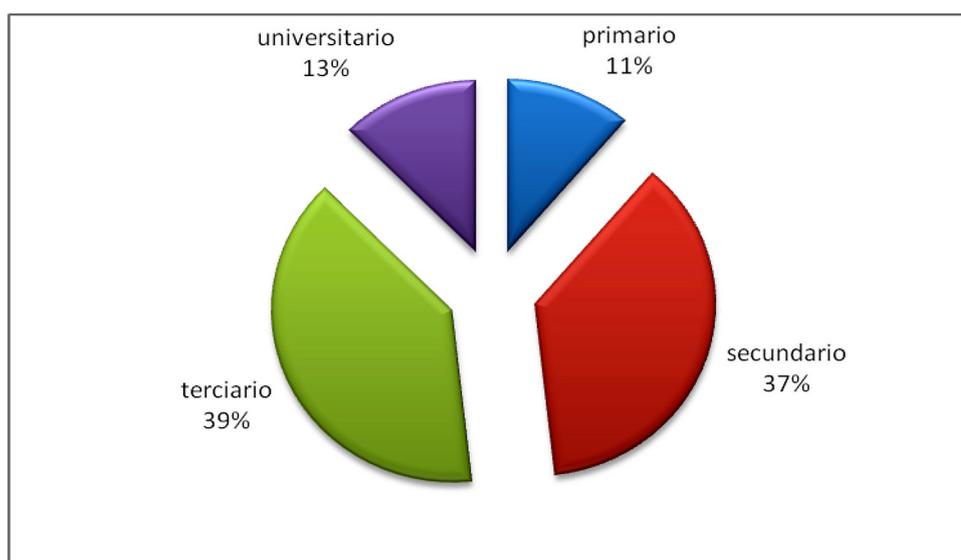


**Tabla 3.**  
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD MATERNA AGRUPADA Y NÚMERO DE GESTAS

EDAD	EMBARAZO							
	Primero		Segundo		Tercero y más		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 19	76	17.1	11	3.0	1	0	88	8.4
20 a 24	94	21.2	32	8.6	14	6	140	13.4
25 a 29	121	27.3	100	26.9	35	15	256	24.5
30 a 34	114	25.7	132	35.5	80	35	326	31.2
35 a 39	35	7.9	81	21.8	79	34	195	18.6
40 a 44	3	0.7	16	4.3	20	9	39	3.7
45 a 49	1	0.2	0	0.0	1	0	2	0.2
total	444	100.0	372	100.0	230	100	1046	100.0

Mientras el 17% de las pacientes que esperan tener su primer parto son adolescentes y el 8.8% mayores a los 34 años, para el segundo nacimiento las cifras bajan a 3.0% de adolescentes y sube al 52.2% las segundas.

**Gráfico 4.**  
NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNO. (N = 1111)



El perfil de las usuarias encuestadas mostró que eran madres jóvenes y que incluían un 10% de adolescentes siendo que el 44% referían su primer embarazo, el 60.0% ya tenía en el momento de la encuesta un embarazo de más de 20 semanas de edad gestacional.

El 11% tenía instrucción máxima primario, (comparativamente el general para la Provincia de Buenos Aires en 2010 fue del 33.8%), el 37% secundario (46.1% para el general de la Provincia) y el 52.0% terciario y/o universitario (15.9% a nivel provincial).

**Tabla 5.**  
PARIDAD SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO MATERNO, VALORES ABSOLUTOS

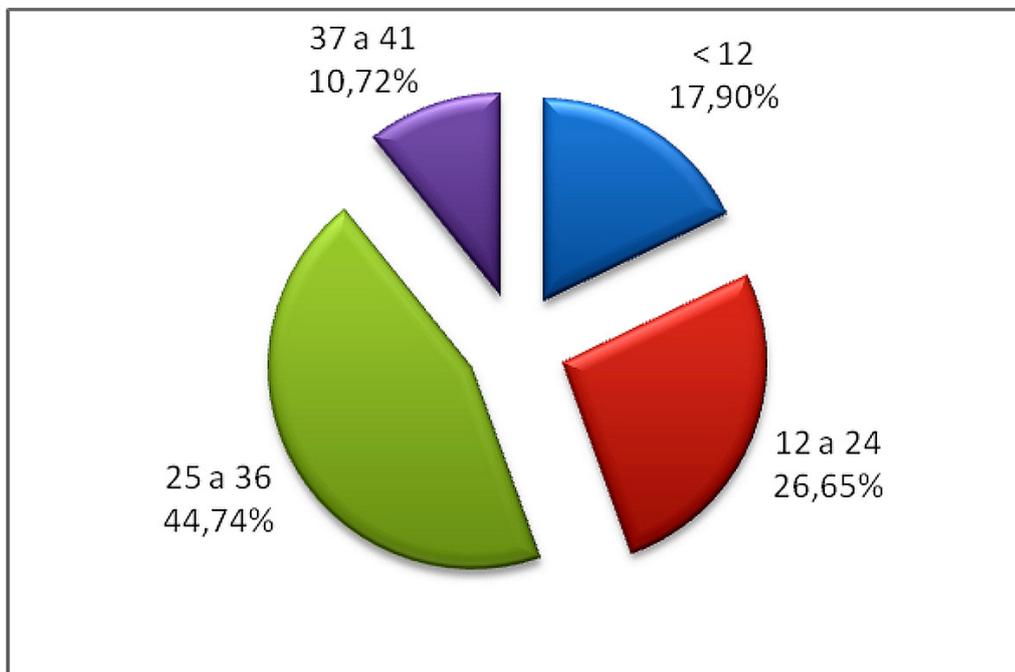
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NÚMERO DE EMBARAZOS (N)				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto y más
primario	43	36	21	10	7
secundario	175	136	36	29	9
terciario	167	151	65	20	9
universitario	58	51	15	6	3
total	443	374	137	65	28

**Tabla 6.**  
PARIDAD SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO, %

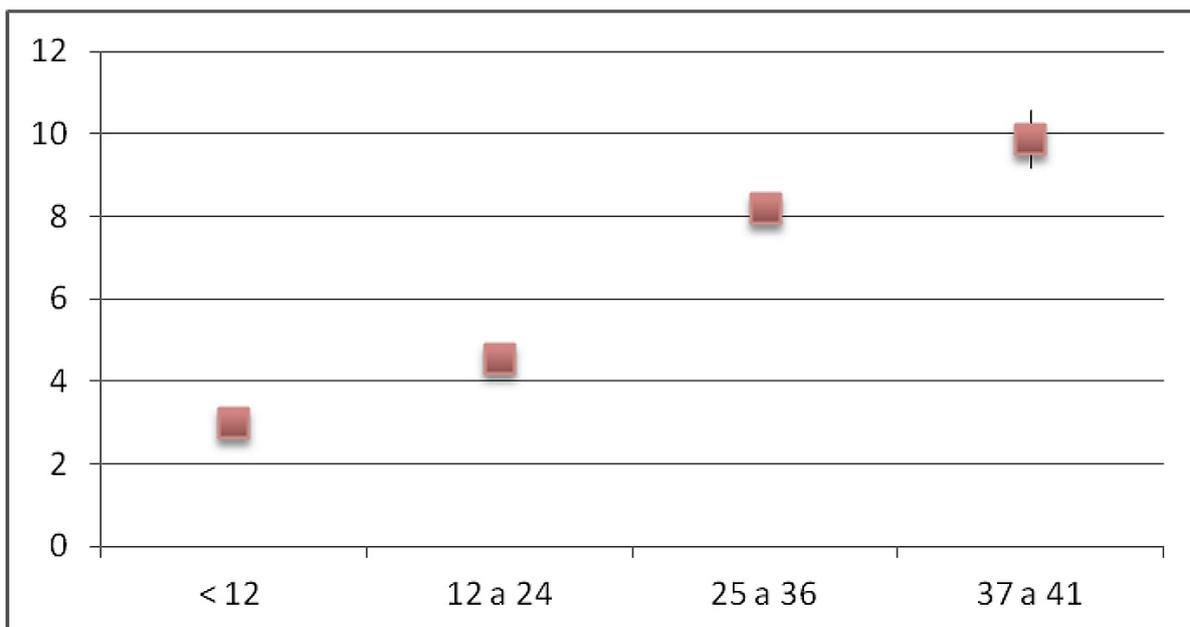
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NÚMERO DE EMBARAZOS (%)					TOTAL
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto y más	
primario	36.8	30.8	17.9	8.5	6.0	100
secundario	45.5	35.3	9.4	7.5	2.3	100
terciario	40.5	36.7	15.8	4.9	2.2	100
universitario	43.6	38.3	11.3	4.5	2.3	100

La relación entre nivel educativo de la madre y el número de embarazos muestra que no hay grandes diferencias dentro de este grupo de pacientes de la obra social, sin embargo, puede observarse que a pesar de que el número de hijos va reduciéndose, es en el nivel primario donde hay mayor porcentaje de familias numerosas.

**Gráfico 5.**  
SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DE LA CONSULTA. VALORES PORCENTUALES EN NÚMERO DE PACIENTES ( N = 1017)



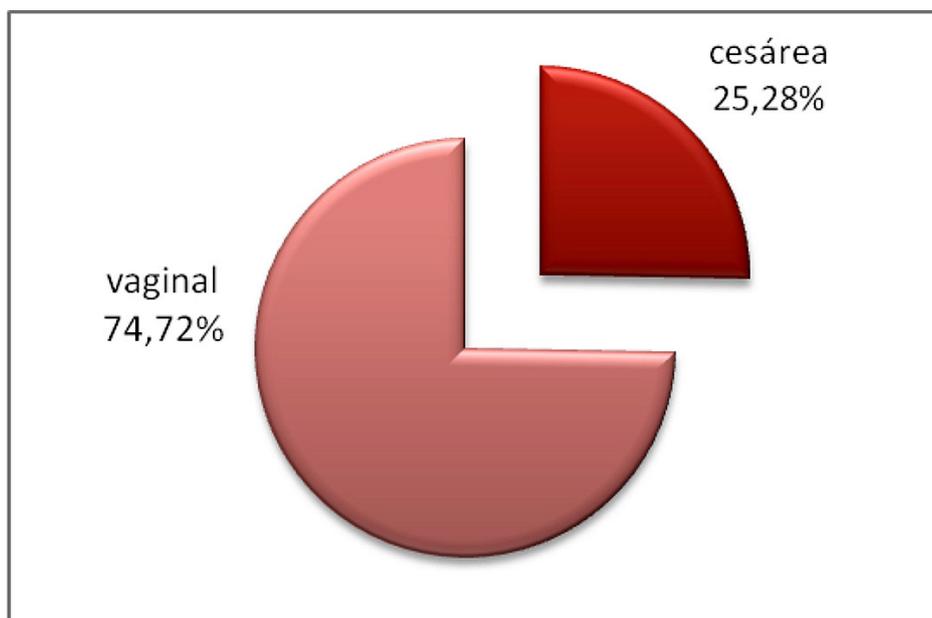
**Gráfico 6.**  
NÚMERO DE CONSULTAS SEGÚN INTERVALOS DE SEMANAS DE EMBARAZO ( N= 989)



La mayoría de las embarazadas fueron evaluadas luego de las 24 semanas de edad gestacional, con un promedio de consultas en 8 controles.

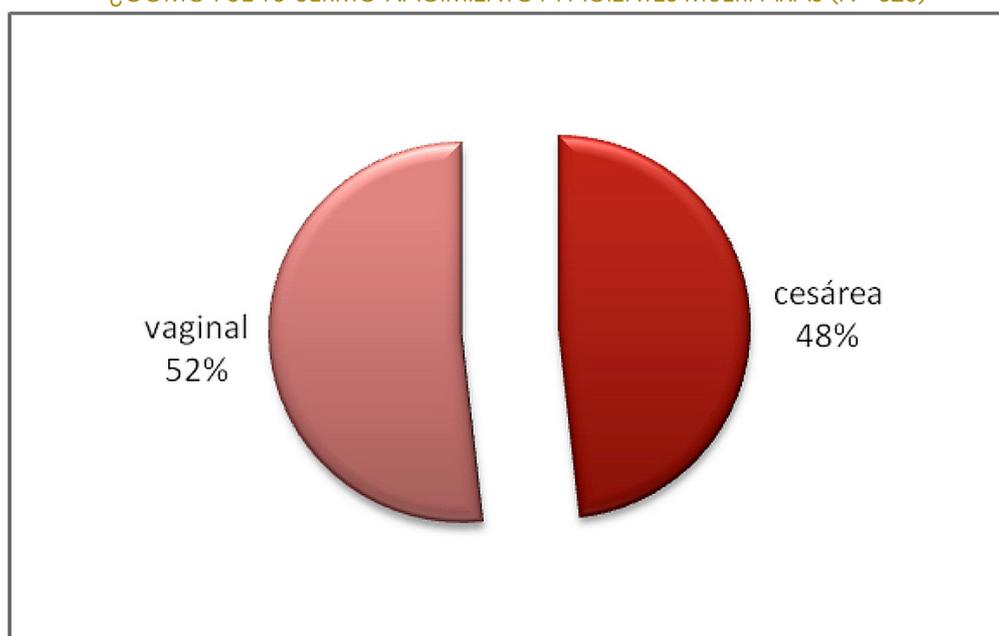
## RESULTADOS RELATIVOS A LA CESÁREA

**Gráfico 7.**  
¿CÓMO DESEARÍAS QUE FUERA TU NACIMIENTO? (N = 1084)



Consultadas todas las pacientes, incluyendo las sin experiencia de parto anterior y las que sí tenían experiencia, 7 de cada 10 embarazadas prefieren la terminación vaginal, incluyendo a todas las que tuvieron cesárea previa.

**Gráfico 8.**  
¿CÓMO FUE TU ÚLTIMO NACIMIENTO? PACIENTES MULTÍPARAS (N= 620)



Sin embargo en las pacientes con partos previos más de la mitad habían tenido un nacimiento por cesárea. Se indagó acerca de la preferencia de la terminación del próximo nacimiento en ambos grupos:

Tabla 7.

¿CÓMO DESEARÍAS QUE FUERA ESTE NACIMIENTO?			
¿Cómo fue tu último nacimiento?	cesárea	parto vaginal	TOTAL
cesárea	186	101	287
% Fila	64.81	35.19	100
parto vaginal	32	285	317
% Fila	10.09	89.91	100
TOTAL	218	386	604
% Fila	36.09	63.90	100

Al cruzar los datos de preferencia versus experiencia previa, un 35% de las pacientes que habían experimentado cesárea deseaban ahora un parto vaginal y solo el 10.1% de las que tuvieron parto vaginal deseaban una cesárea en el próximo.

Gráfico 9.



Con clara predominancia, de las que experimentaron cesárea, 65 de cada 100 pacientes preferirían una nueva cesárea, en tanto las que tuvieron parto vaginal, 90 de cada 100 preferían continuar con este método. Claramente hay una influencia de la experiencia anterior sobre la preferencia para el próximo nacimiento.

Gráfico 10.



EXPERIENCIA PREVIA DE TERMINACIÓN CESÁREA

Gráfico 11.

¿TE EXPLICARON PORQUÉ TE HICIERON LA CESÁREA? (N = 291)

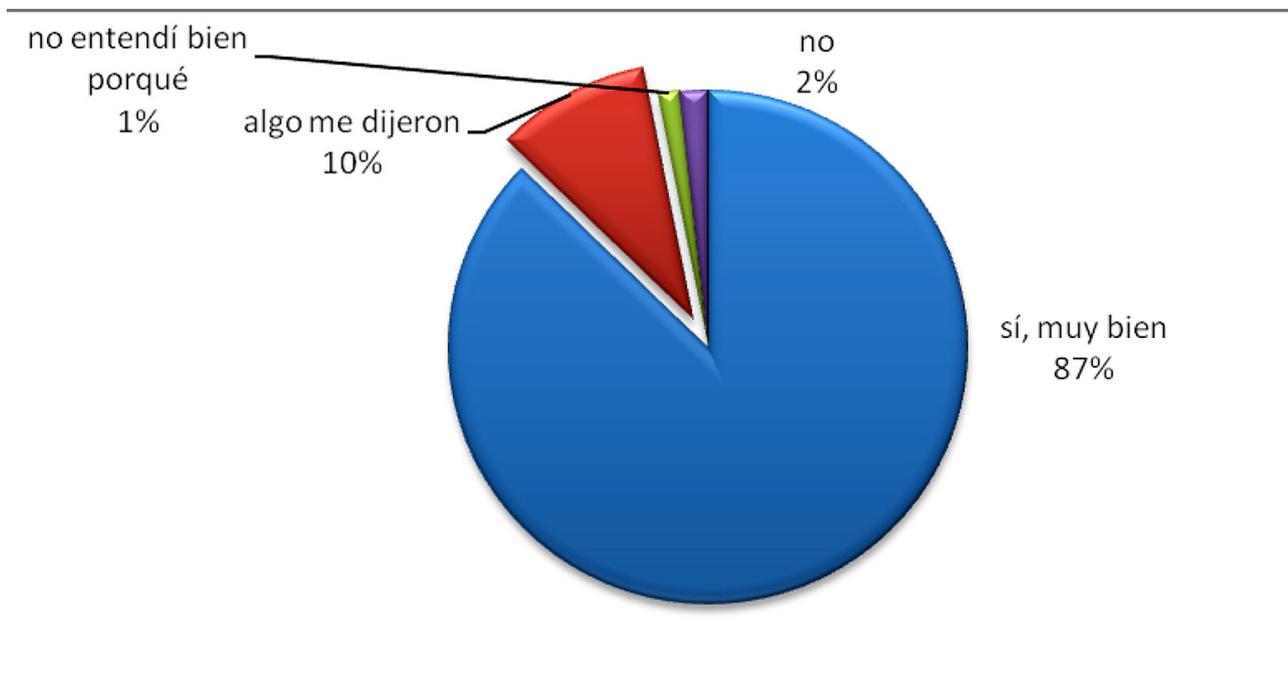
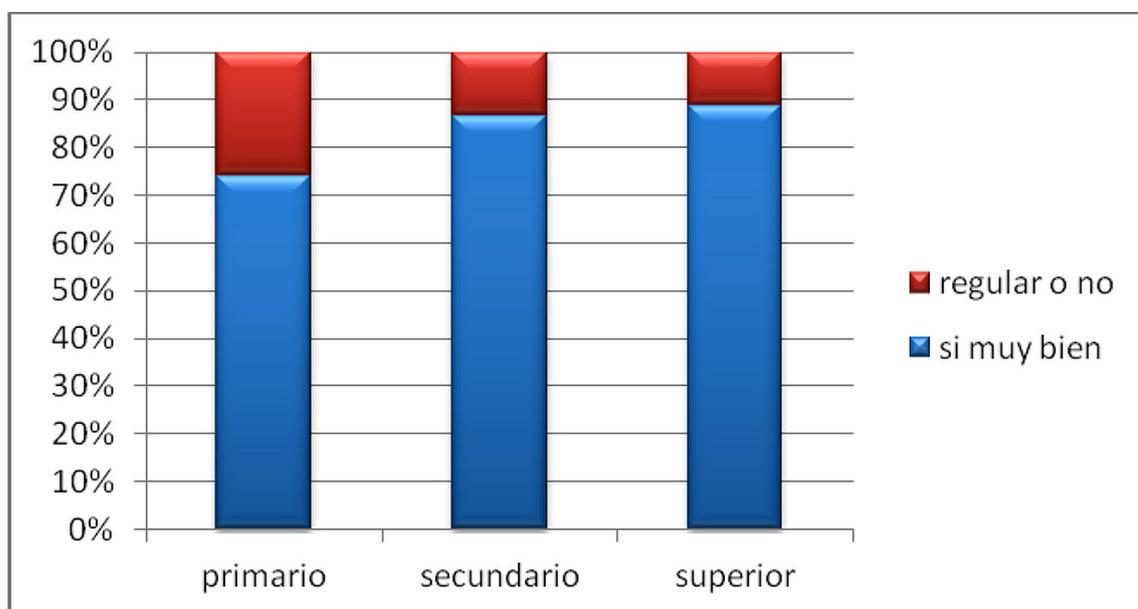


Tabla 8.

EXPLICACION_CESAREA					TOTAL
	sí, muy bien	algo me dijeron	no entendí bien porqué	no	
Primario	29	8	0	2	39
Secundario	93	10	1	3	107
Terciario	119	9	2	2	132
universitario	32	4	1	1	38
	273	31	4	8	316

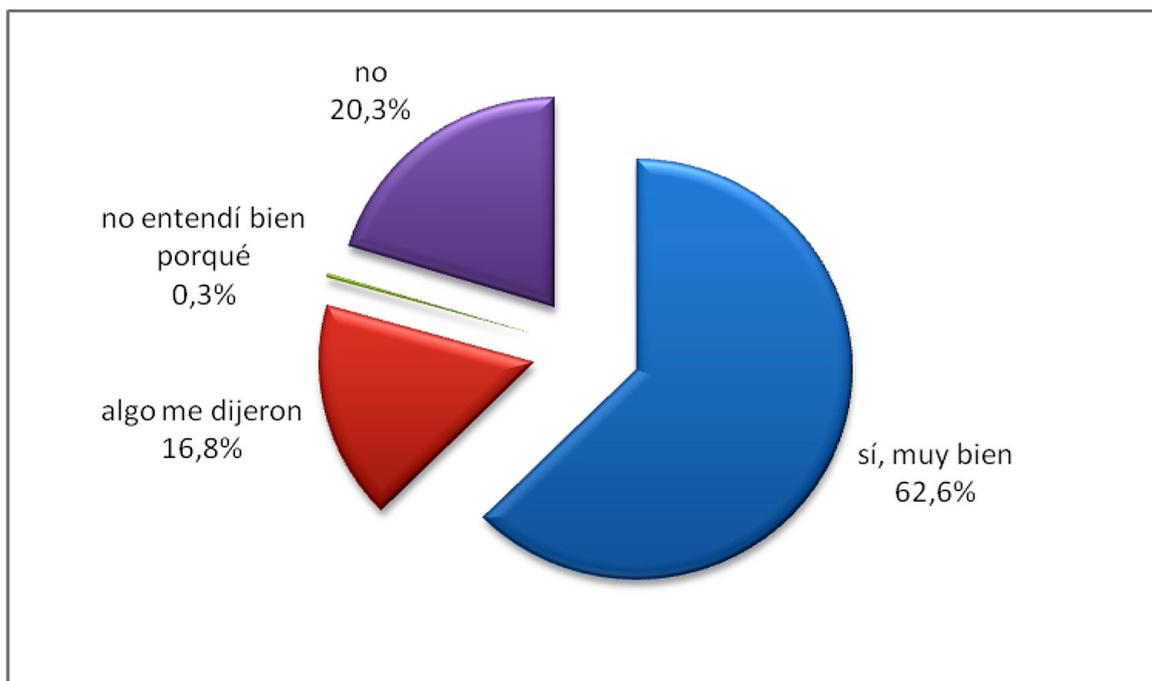
Gráfico 12.

¿TE EXPLICARON LA CAUSA DE LA CESÁREA? AGRUPACIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE (N = 316)



Casi el 90% refiere que fueron informadas acerca de la causa de la cesárea, con cierta tendencia a mejorar el porcentaje según el nivel educativo de la madre . En cuanto a los riesgos del parto operatorio, el porcentaje disminuye, siendo que 6 de cada 10 pacientes con cesárea afirmaron que le explicaron los riesgos, un 17% manifiesta algo de explicación , en tanto el 20% se muestra por la negativa. Nuevamente aparece una tendencia según el nivel educativo de la madre en relación a la explicación, en este caso, de los riesgos de una cesárea

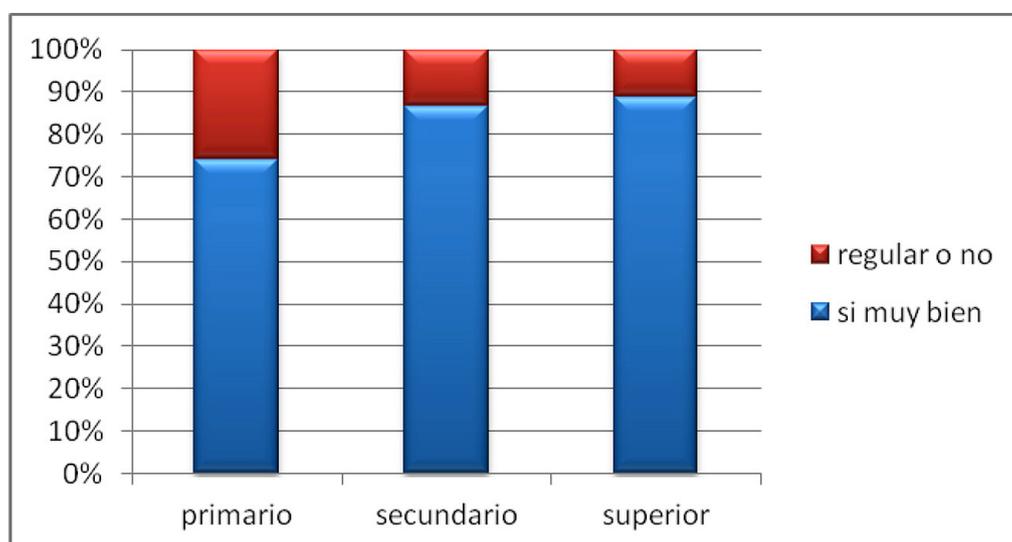
**Gráfico 13.**  
¿TE EXPLICARON LOS RIESGOS DE LA CESÁREA? (N= 291)



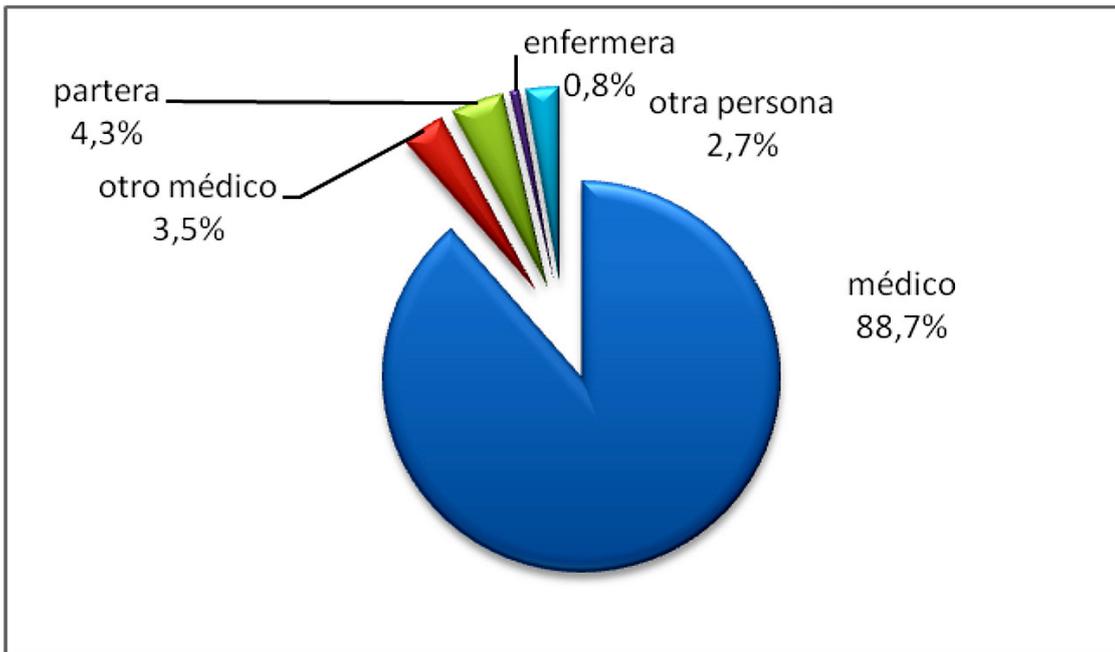
**Tabla 9.**

NIVEL DE COMPRENSIÓN DE LOS RIESGOS DE LA CESÁREA					TOTAL
Nivel educativo materno	sí, muy bien	algo me dijeron	no entendí bien porqué	no	
	n	n	N	n	n
Primario	20	8	0	11	39
Secundario	71	19	1	21	112
Terciario	89	22	0	22	133
universitario	27	7	0	4	38
total	207	56	1	58	322

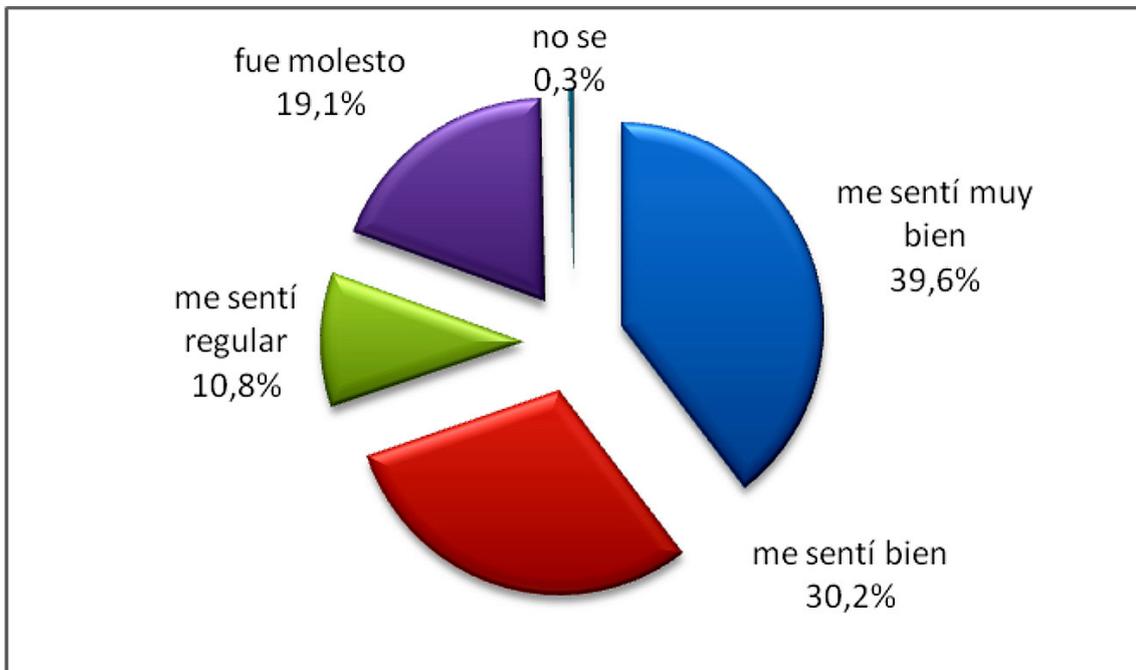
**Gráfico 14.**  
¿TE EXPLICARON LOS RIESGOS DE LA CESÁREA? AGRUPACIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE (N = 322)



**Gráfico 15.**  
¿QUIÉN TE EXPLICÓ LOS RIESGOS DE UNA CESÁREA? (N = 291)



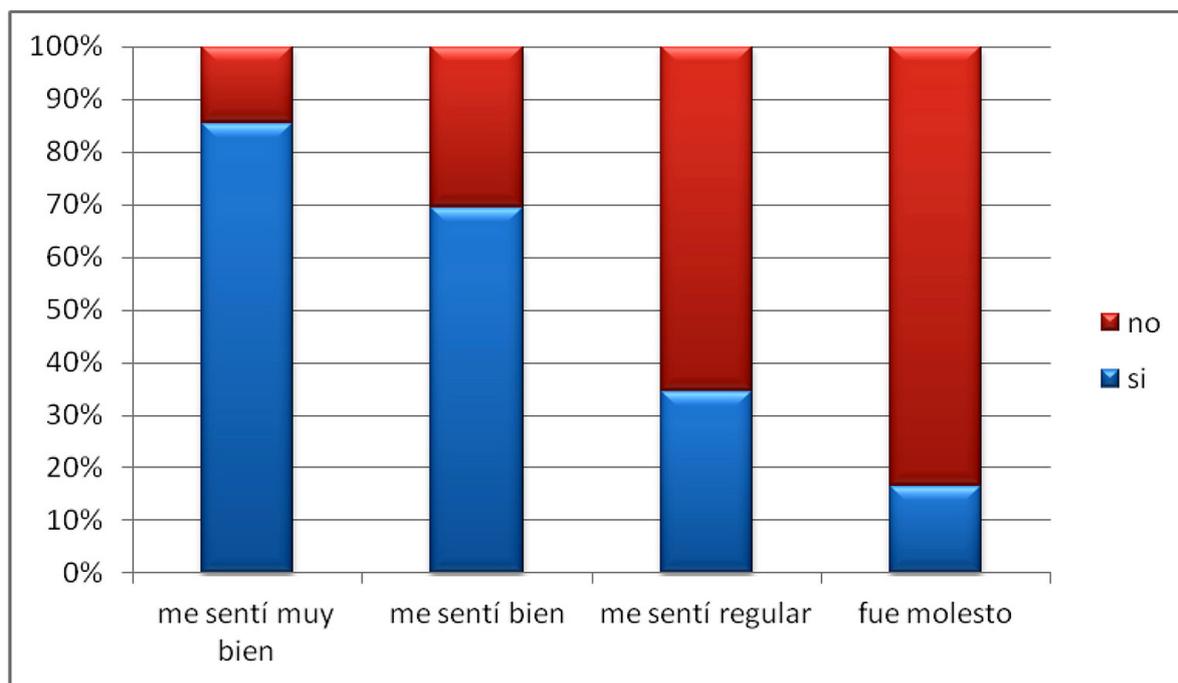
**Gráfico 16.**  
¿COMO TE SENTISTE LUEGO DE LA CESÁREA? (N = 288)



Al calificar la experiencia vivida luego de la cesárea, un 70% de las pacientes se sintió bien o muy bien, en tanto el resto entre regular o mal.

**Gráfico 17.**

¿DE ACUERDO A LA EXPERIENCIA QUE TUVISTE CON TU CESÁREA ANTERIOR, QUISIERAS VOLVER A TENER ESTE NACIMIENTO POR CESÁREA? (PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR, N =275)



Agrupando las pacientes de acuerdo a como calificaron su experiencia en la última cesárea, se interrogó si quisieran volver a experimentar este nacimiento próximo por cesárea. De las 275 embarazadas con el último nacimiento por cesárea, surgió una tendencia a disminuir la elección de volver a tener una cesárea condicionada por la forma en que experimentaron el último nacimiento. El 80% de las que tuvieron una experiencia muy buena, consideraron la posibilidad de tener nueva cesárea, pero ese porcentaje baja hasta ser menor al 35% cuando las condiciones no fueron al parecer de la paciente como agradable

**Tabla 10.**

¿CUÁL CREES QUE ES LA VENTAJA DE UNA CESÁREA? TOTAL DE PACIENTES

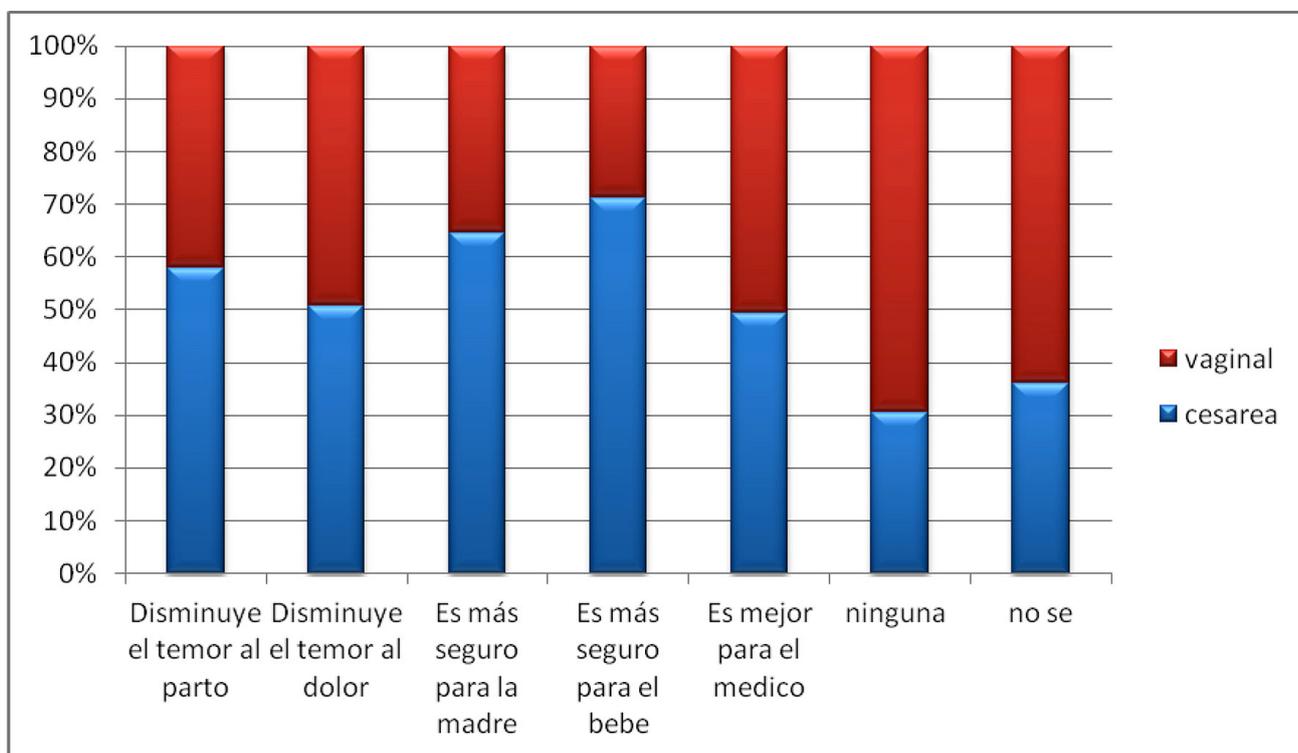
VENTAJAS	N	%	TOTAL ENCUESTADAS
Disminuye el temor al parto	216	1.4	1111
Disminuye el temor al dolor	217	19.5	1111
Es más seguro para la madre	155	14.0	1111
Es más seguro para el bebe	301	27.1	1111
Es mejor para el medico	95	8.6	1111
ninguna	222	20	1111
no se	190	17.1	1111

La principal ventaja de cesárea a la opinión de las mujeres se refiere a evitar el dolor o el temor al parto, el 27% cree que hay alguna ventaja para el bebe y un 14% que es más seguro para la madre. En las multiparas estas cifras se modifican. El que disminuya el temor al parto tiene 10 puntos más de ventaja en las multiparas, el que sea más seguro para el bebé disminuye en 10 puntos en tanto aumenta en 11% el no saber cuál es la ventaja

**Tabla 11.**  
CREENCIAS DE LA VENTAJA DE LA CESÁREA. PACIENTES MULTÍPARAS (N= 620)

	CESÁREA		VAGINAL			
	n	%	total	n	%	total
Disminuye el temor al parto	59	19.73	299	46	14.33	321
Disminuye el temor al dolor	54	18.06	299	56	17.45	321
Es más seguro para la madre	61	20.40	299	36	11.21	321
Es más seguro para el bebe	130	43.48	299	56	17.45	321
Es mejor para el medico	29	9.70	299	32	9.97	321
ninguna	42	14.05	299	102	31.78	321
no se	31	10.37	299	59	18.38	321

**Gráfico 18.**  
CREENCIA DE VENTAJAS DE LA CESÁREA SEGÚN FORMA DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO NACIMIENTO



**COMENTARIOS A LOS RESULTADOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO**

La tasa ideal de cesárea permanece como un tema aún sin respuesta. Los datos globales a nivel mundial muestran una tasa aumentada de mortalidad infantil y materna en los países donde la tasa de cesárea es muy baja, pero con excepciones importantes en Latinoamérica y el Caribe. Casos como Brasil, México y República Dominicana muestran tasas relativas altas de mortalidad infantil y altas de cesárea. (OPS ,2007). Aquí es donde entran en juego la revisión de los servicios de obstetricia. El

trabajo de Betrán y col a nivel mundial refiere que hay un componente de desarrollo económico implicado en las tasas de cesárea (Betran, 2007)

Las causas de cesárea tienen, a opinión de los profesionales, un gran componente biológico, del cual la cesárea previa (relacionado a proceso previo y programable) y el desprendimiento placentario (un evento de urgencia) constituyen las más importantes, pero seguidas muy de cerca del sufrimiento fetal agudo (otro evento de urgencia) y las distocias (eventos previos programables).

Al contrario de lo supuesto en muchas opiniones, la solicitud de la madre no es una causa de las más importantes, como tampoco lo son las evidencias médicas ni los problemas legales, que pasan a segundo plano y se ubican en las categorías siguientes de valoración. Sin embargo, los estudios sugieren que los miedos y percepciones de las madres son una importante causa de solicitud de cesárea, relacionadas a los modos en que la cesárea es presentada por los profesionales a las pacientes, así como lo que les cuentan las familias a la propia embarazada (Jane, 2007). Existe una variación importante en la decisión que toma la madre y la experiencia previa (Emmet, 2006). Algunas mujeres muestran una alta ansiedad y esto debería ser un alerta para los profesionales acerca de la necesidad de contención y consejería a estas madres. En el estudio presente, debe considerarse que una parte de las mujeres afirmó no haber tenido explicación sobre los riesgos de la cesárea. También debe considerarse que hay mujeres que no buscan informarse adecuadamente y posiblemente aquí esté la clave de que en los niveles educativos más bajos, el nivel de conformidad con la información recibida es menor también.

Que la cesárea es más segura para el bebé y la madre, lo han afirmado las pacientes como las razones más importantes para tener un nacimiento quirúrgico. Seis de cada diez mujeres se mostraron satisfechas con la explicación que le dieron sobre porqué su parto finalizó como cesárea, aunque evidentemente esto tuvo diferencias influenciadas por el nivel educativo de la madre. No sabemos si es el nivel de educación de la madre el que influyó para no comprender o si podría haber diferencias desde el profesional en el tipo de explicación según el nivel educativo de la madre.

Las actividades incluidas en la práctica se relacionan con la comunicación entre el profesional y las usuarias. Según las mujeres que han tenido cesárea, la preparación para la lactancia muestra un alto porcentaje de adhesión como práctica general, así como la información referida a los riesgos en los casos de cesárea. La decisión de parto vaginal luego de cesárea previa es la acción con mayor variabilidad y la que además tiene como respuesta "nunca" en mayor frecuencia. En relación a esto, la preferencia sobre el método de nacimiento es muy similar. La presencia de obstétricas en el equipo es importante, mas de 7 casos cada 10 profesionales.

La estimación por parte de los médicos del porcentaje que la cesárea presenta - tanto en los hospitales públicos como privados- muestra una amplitud del intervalo muy grandes. Sin embargo, no hay diferencias estadísticas entre estas estimaciones. Aún así, los médicos consideran como elevada esta tasa al menos en el sector privado.

No hay una valoración positiva de la diferencia de honorarios entre uno y otro tipo de terminación como incentivo. La mayoría de los profesionales explica a las embarazadas los motivos por los cuales se lleva a cabo una cesárea, sin embargo, esas explicaciones resultan insuficientes en aquellas con menor nivel educativo. La Guía NICE recomienda que ante una petición materna, haya consejería y no aceptación inmediata. El estudio de Noruega (Nerum, 2006) muestra el efecto que una intervención de consejería puede ejercer en madres ansiosas que deseaban tener el nacimiento por cesárea. Estas consideraciones muestran que el acceder a la cesárea sin antes proveer consejería es éticamente inaceptable (Bewley, 2002).

Las madres creen que el mayor beneficio de una cesárea es la seguridad del bebé seguido de que disminuye el dolor en el parto, aunque sumando aquellas que ignoran la ventaja y las que afirman que carece de ventaja, se supera en 10 puntos las que mejor sitúan a las ventajas. Hay diferencias en las creencias según la experiencia previa. Las complicaciones de la cesárea a opinión de los profesionales mostraron por una parte coincidencias con la guía de práctica clínica (en 3/9) en tanto en dos complicaciones hubo cuasi empates en la encuesta, de forma que una mitad asignó como mayor complicación y la otra como menor complicación, dejando paridad parcial respecto a la Guía, finalmente en 4/9 no hubo coincidencia.

La literatura mundial reporta un incremento global en la tasa de cesáreas con un aumento en la morbilidad materna y perinatal en aquellas pacientes que son llevadas a repetición a este tipo de procedimiento. Las revisiones sistemáticas analizadas y los estudios aportados aquí ofrecen una asociación de todos los desenlaces con aumento en el riesgo para las pacientes. Sin embargo debe reconocerse que no todos los estudios presentan la misma calidad metodológica.

Al preguntarle al profesional cuáles de las complicaciones son más frecuentes luego de una cesárea hubo respuestas controversiales. En el caso de la placenta previa o la rotura uterina fueron las complicaciones en donde hubo acuerdo. No así en cuanto a la histerectomía. Algunas de las evidencias bibliográficas señalan que en las gestantes con más de 5 cesáreas hay 15 veces más riesgo de histerectomía periparto y hemorragia posparto. Aunque este número es de una paridad muy alta y poco frecuente mostraría que la incidencia es mayor con respecto a mayor número de cesáreas y a su relación con otras patologías como placenta previa, hemorragia posparto y acretismo placentario. El estudio multicéntrico de OMS mostró que en presentación cefálica, las mujeres con cesárea tienen el doble de riesgo de morbilidad severa,

admisión a cuidados intensivos, histerectomía y otras complicaciones consecuentes que las comparadas con parto vaginal (Villar et al, 2007)

En relación a la muerte materna los resultados no son concluyentes, y esto se vio consistente a la opinión de los médicos encuestados y obedece a que el desenlace fatal se presenta con mayor relación con la presencia de patologías asociadas. Es factible y lógico entender que las respuestas de los médicos están influenciadas por sus propias experiencias y resultados del ejercicio profesional, tal vez, más que con las evidencias de la bibliografía.

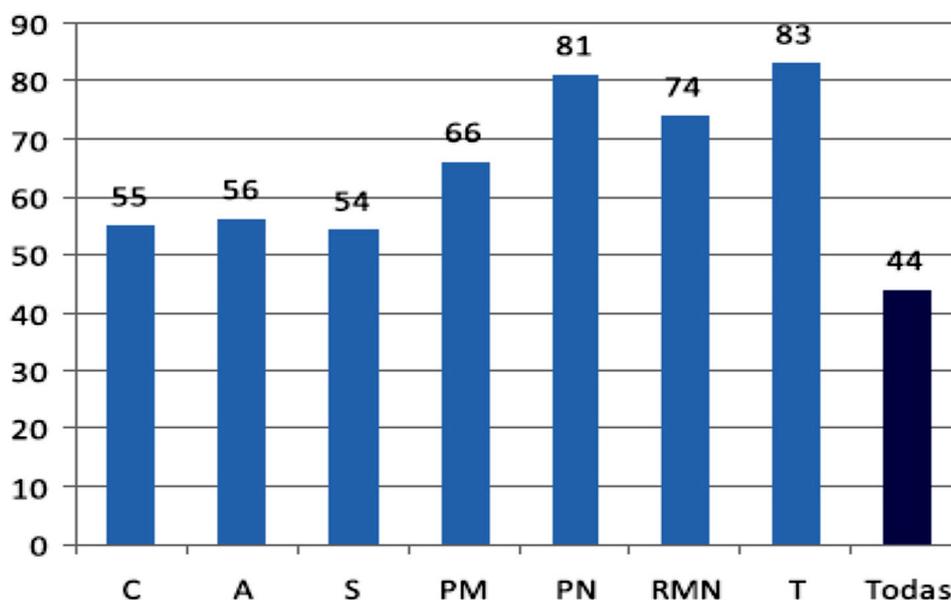
Es claro que el antecedente de cesárea conlleva a un aumento en la morbilidad materna y perinatal en la mayoría de los casos; sin embargo, varias pacientes escogen la cesárea como forma de terminación de su embarazo, sin que medie ninguna indicación obstétrica que justifique su realización.

Una de las cuestiones que en la investigación surgió fue el considerar que las condiciones del lugar de trabajo no

condicionarían la frecuencia de cesárea, manifestado en un 40% que no eran importantes y en un 21% regularmente importante.

En Argentina el 55% de los establecimientos evaluados en el informe de las condiciones obstétrico neonatales esenciales (CONE) las cumple, con mejor puntaje de los servicios de Obstetricia que de Neonatología. Una gran distorsión se evidencia al considerar que hay un número de maternidades pequeñas que asisten menos de 100 partos anuales, cuando la concentración del 76% de las maternidades realizan el 30% de los partos, mostrando además que la práctica obstétrica garantizada a través del número de partos realizados condiciona las condiciones de trabajo y de calidad. En el análisis realizado en el informe sobre prevalencia de cesárea en FEMEBA hemos mostrado que a menor número de partos en la entidad, mayor cantidad de cesáreas. El punto de corte parece ser el de 1000 partos anuales. Por debajo de este guarismo, las CONE caen abruptamente.

Porcentaje de cumplimiento de las CONE a nivel Nacional. Datos del informe sobre Evaluación de las maternidades públicas 2010-2011. Ministerio de Salud de la Nación

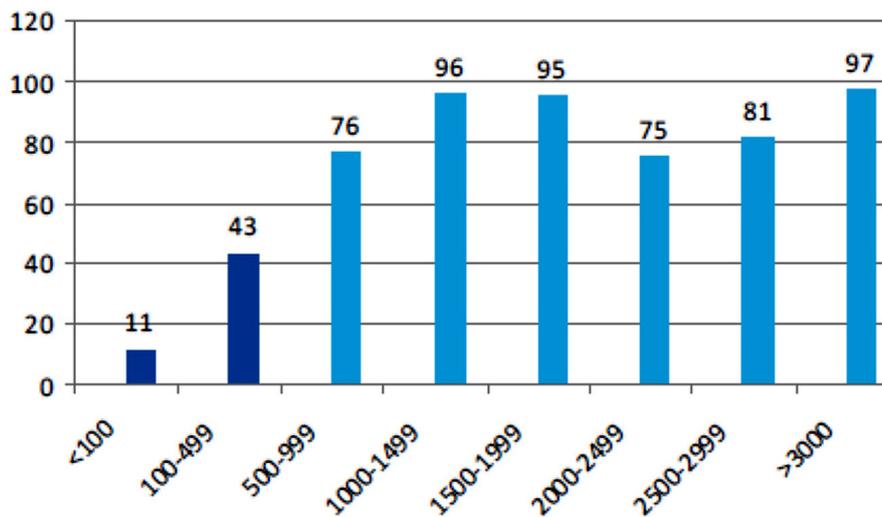


C: cirugía; A: anestesia; S: sangre; PM: patologías maternas; PN: patologías neonatales; RMN: listados de riesgo materno neonatales; T: traslados.

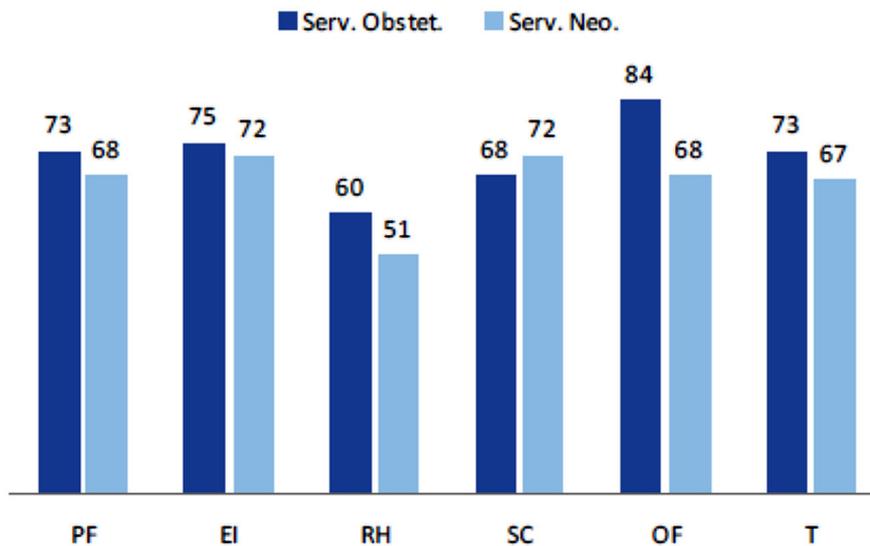
Fuente: Elaboración propia.

Al comparar los datos del último informe nacional sobre las CONE con la referencia que hacen los profesionales se observan algunas comparaciones posibles: la presencia de anestésico es superior en 11 puntos, la posibilidad de contar con sangre en cambio es menor pero muy cercana, el manejo del alto riesgo, que podría compararse a Cirugía es menor y claramente surgen los problemas de la complejidad de los servicios, lo cual ha sido señalado por el informe de las CONE como uno de los problemas mayores en salud perinatal.

Porcentaje de cumplimiento de las CONE según número de partos de la maternidad en Argentina



Porcentaje de cumplimiento de las CONE según servicio de obstetricia y neonatología en Argentina



PF: Planta Física; EI: Equipamiento e Instrumental; RH: Recursos Humanos; SC: Servicios Complementarios; OF: Organización y Funcionamiento, T: Total  
 Fuente: Elaboración propia.

Estos datos nacionales, comparados con la percepción de los profesionales muestra algunas similitudes entre lo efectivamente medido en el estudio de las CONE y lo que el médico expresa que tiene como condiciones de trabajo en términos comparables.

Los recursos humanos en obstetricia incluye a las obstétricas, un recurso mencionado como importante por los profesionales de FEMEBA. En la evaluación nacional el puntaje más bajo de condiciones fue el recurso humano de obstetricia (60%) y de neonatología (51%). La presencia de colegas según la presente encuesta alcanzo el 68% y de parteras que acompañan la labor del médico en un 70%. Los médicos de IOMA no consideraron que las condiciones del lugar de trabajo fueran relevantes para explicar la tasa de cesárea.

Los datos muestran algunas consistencias con la bibliografía analizada pero además pone énfasis en la complejidad que significa el tema de la cesárea, toda vez que involucra aspectos emocionales, de adiestramiento en la práctica, de condicionantes sociales más que económicos y finalmente de evolución de las condiciones de trabajo en el sentido de contar con los recursos necesarios.

## CAPÍTULO CUATRO: CONCLUSIONES

Estas conclusiones están basadas exclusivamente en la opinión de los profesionales y usuarias que fueron consultados. No se emiten juicios de valor alguno respecto de la mirada que ellos poseen sobre el fenómeno.

Por otra parte las aparentes divergencias que pudieran encontrarse entre los hallazgos de las investigaciones pueden estar asociadas a las diferentes metodologías de recolección y análisis de la información que se utilizaron en los distintos tipos de estudios (cualitativa y cuantitativa). Cabe destacar también que los profesionales que participaron en el componente cualitativo no se corresponden con los que los hicieron en el estudio cuantitativo.

La diferencia metodológica fundamental entre los estudio cualitativo y el cuantitativo es que en este último las categorías de análisis seleccionadas se extrajeron de una revisión de la literatura científica, mientras que en la investigación cualitativa, emergieron de la propia representación que los médicos construyen sobre las causas del incremento de la cesárea (a partir de la cual se esboza una Teoría sobre los condicionantes del incremento de la práctica).

A diferencia de las encuestas, las entrevistas grupales como las que se utilizaron en el primer estudio, facilitan un comprehensivo intercambio de visiones sobre un mismo fenómeno. La ventaja es que se puede generar ideas que pueden no ocurrírsele a ningún informante individualmente. La interacción grupal anima a los participantes a llevar la discusión a otros niveles de análisis: aparecen nuevos elementos contra los que hay que reaccionar, más alimento para el desarrollo de ideas y pensamiento, mayor diversidad en las opiniones, que muchas veces pueden entrar en tensión, reproduciendo lo que ocurre cotidianamente cuando los entrevistados interactúan entre sí en su lugar de trabajo. Además las entrevistas grupales frecuentemente ayudan a los individuos a analizar sus propias actitudes, ideas y creencias con más profundidad que cuando conversan solos con el entrevistador o responden individualmente a una encuesta.

La encuesta utilizada en la segunda investigación tiene la fortaleza que le otorga el permitir recoger las opiniones de un mayor número de prestadores. Concentrándose con mayor detalle, en base a dimensiones y categorías previamente identificadas, sobre dimensiones específicas

del problema, como los medico-quirúrgicos asociados al nacimiento. Además nos permitió conocer la opinión de un número significativo de madres.

Se presentan las principales conclusiones según dimensiones que abarcaron las investigaciones:

### DIMENSIÓN ECONÓMICA:

Sobre este aspecto los profesionales participantes manifestaron que no existe un incentivo económico adecuado para los tiempos que demanda el acompañamiento del trabajo de parto. Sin embargo, ante la pregunta si un incremento en los honorarios del parto vaginal influiría en la prevalencia de cesárea, un 72% indicó que no modificaría los resultados. Esta aparente contradicción sería debida a que en el aumento de la tasa de cesárea actúan una sinergia de factores de diversa índole.

En otro sentido, manifestaron que mediante la práctica de la cesárea se evitan los altos costos asociados al tratamiento de las secuelas del sufrimiento fetal agudo y las alteraciones del piso pelviano, que se relacionan con deterioro de la calidad de vida en etapas posteriores, tanto del niño, como de la madre.

### DIMENSIÓN FAMILIAR Y PSICOSOCIAL

A partir de las opiniones de las usuarias y su relación con la experiencia previa, surgió que el modo en que finalizó el último nacimiento influye sobre la forma en que desearían que fuera su próximo parto, siendo que todas las pacientes encuestadas estaban cursando un embarazo y la opinión vertida se refería a un futuro inmediato, a una experiencia a corto plazo.

Así, 65 de cada 100 mujeres que habían tenido cesárea previamente preferían la misma intervención, en tanto 90 de cada 100 que había tenido parto vaginal deseaban continuar con este tipo de nacimiento. Se hace necesario contar con estudios analíticos para demostrar que efectivamente las diferencias en las opciones relacionadas con la experiencia previa son significativas. En relación a la vivencia del último nacimiento, se observaron diferencias porcentuales en relación a las ventajas de una cesárea sobre el parto vaginal.

Las que experimentaron cesárea manifestaron claramente tres beneficios (más segura para el bebé, para la madre y que disminuye el temor al parto y al dolor) en tanto, las que tuvieron parto vaginal, se diferenciaron en este sentido, ya que a pesar que creen que hay algunos beneficios, no identifican ninguno sobresaliente en particular.

El medio familiar y social condicionaría la elección de la cesárea, debido a una multiplicidad de factores de diversa naturaleza. La posibilidad tecnológica de identificar al feto ya como una persona integrante de la familia (ecografías 4D), la aceptación cultural del intervencionismo médico para cuestiones que son fisiológicas, como lo es el nacimiento (o el tratamiento para retrasar los efectos de la vejez) son algunos ejemplos de lo antedicho. La sociedad además cuestiona las decisiones del obstetra, como manifestación de un desprestigio de la profesión médica. Esto motivaría que frente a este fenómeno, los médicos opten un comportamiento defensivo. Las respuestas de los médicos en la encuesta mostraron que el 50% piensa que la solicitud materna se cuenta entre las causas importantes de cesárea.

### DIMENSIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA

En la opinión de los obstetras, las causas médicas sobresalen como importantes para decidir una cesárea y se relacionan en este sentido con lo expresado en los grupos focales. El sufrimiento fetal agudo, las desproporciones, falta de progresión, etc se incluyen entre las causas importantes para determinar una cesárea. Del componente cualitativo surge que los profesionales distinguen claramente entre la cesárea intraparto y la programada. Los riesgos y las complicaciones están asociados al primer tipo. Según su visión la tecnología permite el diagnóstico precoz de situaciones que pueden llevar a complicaciones en el parto. En el mismo sentido, la cesárea como intervención quirúrgica ha evidenciado progresos importantes, que tienen que ver con las técnicas de abordaje, profilaxis antibiótica, hemoterapia, etc que fueron haciéndola cada vez más segura. Otro aspecto a considerar es la anestesia, que se ofrece para manejar el dolor y se aplica solo en partos con buena progresión y del mismo modo el fórceps y vacuum se utilizan en el tercer plano, es decir son maniobras de desprendimiento.

En la encuesta surgió que entre las complicaciones, los problemas respiratorios del recién nacido y la placenta previa ulterior fueron considerados como más frecuentes al realizar una cesárea versus un parto vaginal pero el resto de los problemas seleccionados fueron valorados como menos frecuentes. En los grupos focales, se manifestó que las complicaciones de la cesárea son de fácil manejo. Por otra parte consideran que se minimizan las complicaciones relacionadas al parto (sufrimiento

fetal, injuria pelviana). En cambio, las complicaciones referidas al parto vaginal resultan de difícil manejo porque a diferencia del campo quirúrgico, es sangrante y ofrece menos visibilidad. Las características de la formación obstétrica actual conducen a una pérdida de competencia para el manejo del parto vaginal. De los datos cuantitativos emergió que el tiempo dedicado al trabajo de parto no es un problema, ya que el 70% no lo consideró como causal de cesárea.

### DIMENSIÓN RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD:

Una de las cuestiones emergentes fue la disponibilidad de recursos adecuados en el lugar de trabajo, en concordancia con las condiciones obstétrico-neonatales definidas como necesarias. El aspecto más crítico fue la falta de UTIN y de bancos de sangre, así como la posibilidad del manejo del alto riesgo. Según la encuesta, los profesionales afirmaron en un 40% que la falta de recursos en el lugar de trabajo es un condicionante de la práctica de cesárea. Sin embargo, cuando esta cuestión es problematizada en el espacio de los grupos focales se convirtió en uno de los determinantes más relevantes. Del componente cualitativo emergió que no existe un sistema adecuado para el manejo del alto riesgo, ni tampoco la derivación de pacientes. No existen guías para la aceptación de pacientes según nivel de complejidad, llevando al rechazo a la solicitud de derivaciones. Esto es particularmente relevante en las pequeñas localidades.

. En cuanto a la presencia del equipo profesional, en particular el caso de las obstétricas, surge de la encuesta que el 70% de los médicos cuentan con este recurso en su lugar de trabajo. Sin embargo, al profundizar sobre esta cuestión en los grupos focales, refieren que es en el sector privado donde existe una carencia de estas profesionales y una falta de reconocimiento económico de su tarea.

Por otro lado, no existe correspondencia entre la demanda de servicios y la necesidad de anestesiólogos, entendiéndose que estos profesionales deben cubrir también cirugías de otro tipo. Las residencias de esta especialidad tienen cupos limitados y las guardias activas para obstetricia no les resultan económicamente redituables. En la encuesta un 67% contestó que era un recurso siempre disponible, pero el resto mostró que resulta un recurso escaso y no siempre presente. No podemos aseverar si se referían a la presencia del anestesista en el momento del parto o durante la cesárea programada.

Un aspecto particular referido en el estudio cualitativo fue que las condiciones del ejercicio profesional de los obstetras conducen a que progresivamente abandonen la atención del parto y se dediquen a otras prácticas gineco-obstétricas que ellos consideran como menos estresantes.

Esto se traduciría en escasez de profesionales de esta especialidad médica.

### DIMENSIÓN JUDICIAL

De las encuestas surgió que los potenciales problemas legales fueron uno de los condicionantes marcados como relevantes en casi el 60% de los entrevistados como decisión para finalizar el parto en cesárea. Hay –a opinión de los médicos– diversos factores que promueven la judicialización de la atención del nacimiento. Una es la falta de riesgo económico por parte del demandante, la ausencia de una instancia legal que determine qué demandas ameritan ser conducidas a juicio; la inadecuada formación de los peritos médicos y la dificultad que tiene la familia y su entorno de aceptar que el parto puede ser un proceso con complicaciones. Surge de este estudio que la mayoría de las demandas de mala praxis estarían asociadas a problemas del parto vaginal. Aunque en general las demandas resultan favorables al médico, eso no salva el desgaste emocional y económico que sufre mientras dura el juicio y aún después de concluido.

### A MODO DE CIERRE

La discrepancia que existe entre los niveles de cesáreas que la comunidad académica internacional recomienda y lo que ocurre en todas las regiones del globo, también en la provincia de Buenos Aires, nos obliga a pensar en que el incremento en la práctica de cesáreas está asociado a condicionantes que no son exclusivamente los médicos y quirúrgicos. Si esto fuera así, la tasa de cesárea ideal en un país sería aquella que la sociedad pueda lograr a partir de acciones que, al mitigar o promover los efectos de aquellos factores del contexto de la práctica médica relacionada con el nacimiento, conduzcan a la menor tasa de morbilidad y mortalidad materna y neonatal posible.

Entendemos que no será posible modificar la tendencia del incremento de la práctica de la cesárea llevando adelante estrategias aisladas. La sinergia entre múltiples intervenciones que operen sobre las diferentes aristas del fenómeno, ofrecerá mejores resultados. Diseñar un sistema normatizado de referencia a servicios capacitados para atender emergencias obstétricas, diseñar y difundir protocolos o guías de atención del embarazo normal y de riesgo, reconocer legal y económicamente el trabajo de las obstétricas, generar un sistema de incentivos para que tanto los obstetras como los anesthesiólogos se dispongan a acompañar el trabajo de parto, identificar y actuar sobre los diversos condicionantes de la judicialización de las prácticas del nacimiento, diseñar estrategias de información y concientización sobre las ventajas y los riesgos de las diferentes formas de nacimiento y asegurar

una adecuada preparación de las madres para atravesar la experiencia del parto, son algunas de las estrategias que pueden contribuir a mitigar los efectos de este fenómeno.

Para terminar, entendemos que una limitación que poseen los estudios presentados es que no permiten conocer la mirada que otros actores tienen sobre el fenómeno en estudio. Neonatólogos, pediatras, residentes de ginecología y obstetricias, obstétricas, anesthesiólogos, directores de hospitales, clínicas y sanatorios, referentes del poder judicial, especialistas en comunicación social, entre otros, constituyen el universo que de una u otra manera moldean el comportamiento médico frente al nacimiento. Estos pueden ser el universo de futuras investigaciones.





## BIBLIOGRAFIA

Althabe F, Belizan J, Villar J et al. *Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en latino América: un estudio controlado randomizado en raciomo. Rev Chil Obstet Ginecol 2004, 69: 404-438*

Ana Speranza, Celia Lomuto, Cecilia Santa María, Carolina Nigri, Guillermo Williams. *Evaluación de maternidades públicas Argentinas 2010-2011. Ministerio de Salud de la Nación 2013*

Annells. M. *Grounded Theory Method. Philosophical perspectives, paradigm of inquiry and postmodernism. Qualitative Health research. 1996:6 (3), 379 -393.*

Anon. *Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2: 436-37.*

Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly RS. *Epidemic of caesarean sections in Brazil. Lancet 1991;338:167-169.*

Belizán, J, Althabe F. *Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ 1999;319: 1397-402*

Betrán, Ana P. Merialdi, Mario · Lauer, Jeremy A. · Bing-Shun, Wang · Thomas, Jane · Van Look, Paul · Wagner, Marsden. *Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates, Paediatric & Perinatal Epidemiology 2007, 21: 98-113.*

Bewley S, Cockburn J. *Responding to fear of childbirth. Lancet 2002;359:2128-2129.*

Campero L, García C, Díaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. *"Alone, I wouldn't have known what to do": A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. Soc Sci Med 1998;47:395- 403.*

Casale R. *Niveles socioeconómicos y tasa de cesárea en la Argentina. Revista de Obstetricia y ginecología de Buenos Aires, 88 (982) 2009*

Ceriani Cernadas J. Gonzalo M. *Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal Arch Argent Pediatr 2010;108(1):17-23*

Clarck S, Miller D, Belfort M, Dildy G, Frye D, Meyers J. *Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(2):156*

Cooper, R., Chenail, R. J., & Fleming, S. (2012). *A grounded theory of inductive qualitative research education: Results of a meta-data-analysis. The Qualitative Report, 17(T&L Art, 8), 1-26.*

Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (eds.), 1994 *Handbook Qualitative Research. Thousand Oaks. Sage Publication*

Emmet C, Sahw A, Montgomery A & al. *Womens experience of decisión making about mode of delivery after a previous cesarean section: the role of health professionals and information about health risk BJOG 2006; 113, 1438-1445*

Esteban Puentes-Rosas, MV,(1) Octavio Gómez-Dantés, MC, MSP,(1) Francisco Garrido-Latorre, MC, DSP.(1) *Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados salud pública de méxico / vol.46, no.1, enero-febrero de 2004*

Fernando Althabe, José M Belizán *Caesarean section: the paradox Lancet Vol 368 October 28, 2006*

Glaser. B. G. (1998). *Doing Grounded Theory, Issues and discussion*. Mill valley , California: Sociology Press

Gray R, Quigley M, Hockley C, Kurinczuck J, goldacre M, Brocklehurst P. *Caesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: a retrospective cohort study in an English population. BJOG. 2007;114(3):264-270.*

Hannah M, Whyte H, Hannah W, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett E et al *Term breech trial collaborative group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(3):917-27*

Hansen A, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen *Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. BMJ. 2008;336(7635):85-87.*

Heminski E, Shelley J, Gissler. *Mode of delivery and problems in subsequent births: A register-based study from Finland. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(1):169-177*

Hugo Salinas P. 1, Jaime Albornoz V. 1, Álvaro Reyes P. a, Sergio Carmona G. 1 *Factores Predictores de cesárea Rev Chil Obstet Gineco 2004; 69(5)*

Hugo Salinas P.1, Sergio Carmona G.1, Jaime Albornoz *¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del hospital clínico de la Universidad de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(1): 8-13*

Jane J, Weaver R, Staham H, Martins R. *Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications, BIRTH 34:1 March 2007*

Jonguitud A. *Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(4):206-213.*

José M Belizán, Fernando Althabe, Fernando C Barros, Sophie Alexander. *Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study BMJ 1999;319:1397-402*

Jose M. Belizan *Risks of Patient Choice Cesarean Letter to Editor. BIRTH 33:2 June 2006*

Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. *Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2*

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. *Estadísticas Sanitaria. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/>*

Murray S. *Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: quantitative and qualitative study BMJ,2000, 321;1501-1505*

Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. *Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? Birth 2006;33(3):221-228.*

NICE. *National Institute for health and clinical excellence. Caesarean section, August 2012.*

Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M, For the Eurobs Study Group. *Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach?*. *BMC Medical Ethics*. 2008 Jun;9:11.  
OMS. *Monitoring Emergency Obstetric Care: a handbook*. World Health Organization 2009:25  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734_eng.pdf)

OMS. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf), revisión setiembre 2013

OPS: *Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales Instantáneas Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(4), 2007

Petterson K, Grunewald Cm Thomassen P. *Uterine rupture and perinatal outcome*. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2007;86:1337-1341

Pope C; Mays N., 1995 *Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research*. *BMJ*; 311:42- 45.

Qublan H, Mohammad EQ, Mohammad AL et al. *Factors affecting the obstetrician decision on the route of delivery in high risk pregnancies JRMS* 2003. 10 (2) 32-37

Robson M, Scudamore I, Walsh S. *Using the medical audit cycle to reduce caesarean section rates*. *Am J Obstet Gynecol*, 1996, 171 (1) 199-205

Rortveit G, Daltveit A, Hannestad Y, Hunskaa Rm Hunskaa S, Norwegian Epicont Study. *Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section*. *N Engl J Med*. 2003;348(10):900-907

Sanchez Lopez. *Impacto de la cesarea sobre la salud materna y perinatal: revisión sistemática*. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia 2012

Souza J, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, Ruyan P WHO Global Survey on maternal and perinatal health research group. *Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health*. *BMC Med* 2010;8:71.

Strauss, A y Corbin, J (1990). *Basics of Qualitative research*. Newbury Park, California. Sage Publications

Susan F Murray. *Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study* *BMJ* 2000;321:1501-5

Villar J, Carroli G, Zabaleta N Et al. *Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery; multicentre prospective study*. *BMJ*, 2007; 335

Villar J, Valladares E, Wojdyla D et. al. *Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO Global Survey on maternal and perinatal health in Latin America*. *The Lancet on line*: Published online May 23, 2006  
DOI:10.1016/S0140-6736(06)68704-7

Villar J, Carroli G, Zavaleta N et al. *Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study*. *BMJ | ONLINE FIR*

