



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**Factores no clínicos relacionados con la
Indicación de la operación cesárea y sus implicaciones en la calidad de atención
al parto**

Autora:

IRAÍS YÁÑEZ ÁLVAREZ

Generación 2011

**Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias en Salud Pública con Área de
Concentración en Sistemas de Salud**

Directora de tesis: Dra. Ileana Beatriz Heredia Pi

Asesores de tesis: Dr. Rafael Lozano Ascencio y Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

Cuernavaca, Mor. 28 de septiembre de 2016

Agradecimientos:

- Al Dr. José Urquieta Salomón: por encaminar mi gusto por la investigación, hacia el fascinante mundo de los Sistemas de Salud.
- A mi comité de tesis: Doctores. Ileana Heredia, Rafael Lozano y Blanca Pelcastre: por compartir sus conocimientos, por el apoyo incondicional y la basta paciencia durante mi formación académica.
- A mis padres: Gloria y J. Cruz: soy el producto de lo que con mucho amor, estas dos personas lograron hacer de mi.
- A mis hermanos: Francisco y Rocío: por ser ejemplo y abrigo.
- A mi compañero de vida: Samuel y a mi Luciana: por ser el motor que me impulsa y la luz que me ilumina todos los días.
- A mis grandes amigos: Carlos Pinzón, Saúl Lara, Diana Ramírez. Excelentes personas, que hacen de la amistad un tesoro invaluable.
- A mis compañeros: Ángel Mejía, Julio Cesar Montañez y Edson Serván. Por compartir su tiempo, conocimientos y facilitar en diversas ocasiones mi proceso de formación académica.

Índice de contenido

Introducción..... 4

Artículo 1. Factores no clínicos asociados a la práctica de la cesárea en México: un análisis a partir de los registros de nacimientos en el periodo 2012-2014. 6

Resumen.....	6
Introducción	8
Material y Métodos.....	12
Resultados.....	16
Discusión y conclusiones.....	24
Limitaciones del estudio	30
Referencias.....	46

Artículo 2. Factores no clínicos relacionados con la práctica de cesárea en dos hospitales del estado de Morelos: un análisis desde la perspectiva del personal médico ginecobstetra 49

Resumen.....	49
Introducción	50
Material y Métodos.....	54
Resultados.....	56
Discusión.....	67
Conclusiones	72
Limitaciones del estudio.	74
Referencias.....	74

Conclusiones generales. 77

Referencias 79

Introducción

La práctica de cesárea, como vía de resolución de un nacimiento, ha experimentado un incremento sostenido en los últimos años, tanto a nivel internacional como nacional, manteniéndose muy por encima del 15 y 20%, considerado como óptimo.(1) México es uno de los países con la tasa más alta en la práctica de este procedimiento, tan solo precedido por Brasil, en la Región de América Latina. (2) Por su parte, las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT), han documentado un incremento de 50.3% en las tasas de nacimientos por cesárea a nivel nacional, en el periodo del 2000 al 2012. (3-5) Recientemente, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID), reveló que 46% de los embarazos fueron resueltos mediante cesárea, siendo practicada con mayor frecuencia en mujeres que se atienden en el sector privado, mujeres con más años de escolaridad, con un nivel socioeconómico más alto y que residen en el área metropolitana. (3) (6) (7) (8)

La práctica de cesáreas, por arriba del límite óptimo, acontece en todas las instituciones de salud del país, tanto públicas como privadas, siendo más altas y en proporción similar las cesáreas realizadas en el sector privado y en el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 69.8% y 68.4%, respectivamente; en tanto que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registra un porcentaje de 49.6% y los servicios de la Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales de Salud (SESA), de 35%. (3)

A pesar de que existen lineamientos técnicos y fundamentos éticos para la práctica de la operación cesárea, ésta es realizada bajo indicaciones no siempre claras, sugiriendo que la decisión de atender un nacimiento por vía quirúrgica, no siempre se corresponde con una justificación técnico-clínica, sino con factores no clínicos asociados a elementos de índole social, económica, relacionados a la práctica médica y al sistema de salud.(9) (10) En sentido general los elementos no clínicos, relacionados con la decisión de atender un nacimiento por cesárea documentados en la literatura, obedecen a condiciones relacionadas con la práctica médica, con las condiciones

socioeconómicas, sociodemográficas y los antecedentes obstétricos de las mujeres (2) (11), mismas variables que interactúan en la oferta y la demanda de los servicios médicos y se asocian al tipo de atención que reciben las mujeres embarazadas, al momento del parto. Adicionalmente, la situación adquiere mayor relevancia para la salud pública, debido a que no hay evidencia que demuestre que la práctica de cesárea con tasas por encima del 15-20%, sea más efectiva en términos de beneficios en salud adicionales para la madre y su hijo; mientras que su realización en situaciones no justificadas, podría incrementar el riesgo materno-infantil. (12, 13)

El hecho de que el porcentaje de cesáreas es mayor en mujeres con condiciones sociales y demográficas más favorables, cuestiona los procesos mediante los cuales se toma la decisión de resolver un embarazo por cesárea, quedando en duda la toma de decisiones compartida e informada y sugiriendo la presencia de inequidad en el acceso al procedimiento, entre grupos poblacionales. Adicionalmente, la carga financiera que implica el parto por cesárea supera por mucho el costo asociado con el parto vaginal, por lo que la práctica del procedimiento, sin justificación clara definida, incrementa el gasto de las instituciones sanitarias que, de ser evitado, podría utilizarse para subsanar otros problemas prioritarios de salud. (14) (15) Lo anterior pone en riesgo la efectividad del procedimiento y, con frecuencia, ocasiona un uso ineficiente de los recursos de salud. Derivado de éste hecho la tasa de cesárea se considera como un indicador de calidad de la atención al momento del parto. (9) (10) (7)

El presente trabajo, conjugando metodologías y fuentes de información complementarias, identificó algunos de los factores no clínicos relacionados con la práctica de la cesárea, en el contexto nacional, y exploró las percepciones y preferencias, que los prestadores de servicios médicos (gineco-obstetras), tienen acerca de la práctica de cesárea, en dos hospitales generales del estado de Morelos.

Artículo 1.

Factores no clínicos asociados a la práctica de la cesárea en México: un análisis a partir de los registros de nacimientos en el periodo 2012-2014

Resumen

Antecedentes: México es uno de los países con mayor número de nacimientos por cesárea a nivel mundial. A pesar de que las normas nacionales e internacionales recomiendan que no más de 20% de los partos se resuelvan de esta forma, la cifra de cesáreas registradas cada año, supera este límite, sugiriendo que la decisión de atender un nacimiento mediante cesárea se relaciona con factores no clínicos que pudieran estar asociados con elementos de índole social y económicos; o con factores relacionados a la práctica médica y con aspectos organizacionales dentro de las unidades del sistema de salud.

Objetivo: El objetivo del presente análisis fue identificar algunos factores no clínicos, asociados con la práctica de las cesáreas en el contexto nacional, durante el periodo 2012-2014, usando como base el análisis del Subsistema de Información sobre los Nacimientos (SINAC) de México.

Métodos: Se realizó un análisis de los datos contenidos en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de México, de 2012 a 2014, el cual contiene 5.4 millones de nacimientos registrados en el país. Utilizando análisis bivariado y un modelo de regresión logística, se exploró la ocurrencia de cesárea o parto vaginal y su asociación con variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos y características del tipo de derechohabencia e institución donde ocurrió el nacimiento, así como otras características relacionadas con la práctica del procedimiento, tales como: días de la semana y horarios en los que ocurrió el parto.

Resultados: 46.5% de los nacimientos ocurridos en el país fueron atendidos mediante cesárea (IC 95% 46.4-46.5). Entre las instituciones con mayor frecuencia de nacimientos por cesárea, el ISSSTE y las unidades del sector privado fueron las

unidades donde más se practicó el procedimiento: OR= 2.75 (IC 95%: 2.67-2.83) y OR=7.65 (IC 95%: 7.56-7.74), respectivamente. En el grupo de mujeres primigestas 49% de ellas fueron sometidas a cesárea. Se identificó una mayor práctica del procedimiento en los días de la semana de lunes a viernes mientras que durante los fines de semana la frecuencia de cesárea decrece.

Conclusión: El presente análisis refuerza los datos disponibles sobre los factores individuales asociados a la práctica de la cesárea. Mujeres con mejor estatus socioeconómico, que son atendidas en unidades privadas y unidades del ISSSTE y que tienen mayor nivel educativo, tienen mayor probabilidad de ser sometidas a cesárea, comparado con las mujeres en condiciones sociodemográficas menos favorables. Adicionalmente, el presente estudio documenta que esta tendencia ha persistido en el periodo analizado, a pesar de las acciones y políticas de contención que se han desarrollado desde el sector salud. Así mismo, hemos podido documentar una tasa específica en mujeres sometidas cesárea en su primer embarazo y algunos elementos institucionales; como el día y hora de ocurrencia del nacimiento, relacionados en la atención del parto, a partir de una fuente de información donde se registra el 99% de los nacimientos ocurridos en el país, durante el periodo analizado.

Título corto: Factores no clínicos asociados a la práctica de cesáreas en México

Introducción

La forma en la que se lleva a cabo la atención del parto mantiene una dimensión social, siendo un evento en el que sin duda se toman decisiones que van más allá del ámbito médico y que muchas veces dependen de las condiciones en las que operan los servicios de salud y las condiciones de vida que rodean a la mujer embarazada. (16)

Desde hace algunas décadas los nacimientos atendidos mediante cesárea han acrecentado sus cifras.(5) Según las estadísticas sanitarias mundiales del año 2014, México es uno de los países con la tasa más alta en la práctica de este procedimiento a nivel mundial y, en la región de las Américas, ocupa el segundo lugar tan solo precedido por Brasil. (2) En este sentido se ha documentado que desde 1991, las tasas de cesáreas ya se encontraban elevadas, y conservaron su incremento a un ritmo ligeramente superior a 1% anual hasta el 2001. (17) Así mismo, las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) han documentado un incremento sostenido en este indicador. La encuesta, realizada en el año 2000, reportó que el porcentaje de nacimientos por cesárea fue de 29.9%, para el año 2006, aumentó a 34.5% (3) y en 2012, la cifra de nacimientos mediante cesárea en mujeres de 20 a 49 años de edad, con antecedentes de un hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta, fue de 46.2%. (5) Las estimaciones, a partir de estas fuentes, han evidenciado un incremento de 50.3% en las tasas de nacimientos por cesárea a nivel nacional, en un periodo de 12 años. (3, 4)

El incremento en los nacimientos mediante cesárea es un fenómeno a nivel mundial sobre todo en países de medianos y altos ingresos.(18) Dentro de México, el incremento de la cesárea acontece en todas las instituciones de salud del país, tanto públicas como privadas, siendo más altas y en proporción similar las cesáreas realizadas en el sector privado y en el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 69.8% y 68.4%, respectivamente; en tanto que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registra un porcentaje de 49.6% y

los servicios de la Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales de Salud (SESA), de 35%. (3)

Las diferencias, en la frecuencia del procedimiento, también se observan entre las 32 entidades federativas del país. En 2014, Yucatán atendió 49% de partos mediante cesárea, cifra que representa casi el doble de la reportada por San Luis Potosí, que fue de 25.6%. (19)

A pesar de que existen lineamientos técnicos y fundamentos éticos para la práctica de la operación cesárea, ésta es realizada bajo indicaciones no siempre claras, apuntando a que la decisión de atender un nacimiento por vía quirúrgica, no siempre se corresponde con una justificación técnico-clínica, sino con factores no clínicos asociados a elementos de índole social, económica, relacionados a la práctica médica y al sistema de salud, realizándose en algunos casos de manera innecesaria y sin aportar una ventaja clara en los resultados en salud para el binomio madre-hijo.(9) (10)

Al respecto, D'Orsi y colaboradores sugieren que los factores asociados al tipo de atención del parto, pueden estar ordenados en siete niveles jerárquicos, mismos que involucran los elementos antes mencionados y que, articulados entre sí, determinan el tipo de atención al parto que recibe una mujer.(20) (21)

Son diversos los elementos no clínicos, relacionados con la decisión de atender un nacimiento por cesárea, que han sido documentados en la literatura. En sentido general, obedecen a condiciones relacionados con la práctica médica, con las condiciones socioeconómicas, sociodemográficas y los antecedentes obstétricos de las mujeres (2) (11), mismas variables que interactúan en la oferta y la demanda de los servicios médicos y se asocian al tipo de atención que reciben las mujeres embarazadas, al momento del parto.

Dentro de la oferta del servicio de atención al parto que se ofrece en el país, se han documentado algunas variables relacionadas con el incremento de cesáreas, entre las

que destacan: la remuneración económica (sobre todo en el sector privado), la práctica defensiva ante el aumento de demandas por mal resultado neonatal, comodidad en el manejo de horarios del médico, acordes con su turno laboral, sexo del prestador de servicios médicos que atiende el nacimiento, responsabilidad de docencia a estudiantes y residentes en la unidad médica, el sobre utilización de la tecnología disponible (como el monitoreo cardíaco fetal con tococardiógrafo) y la disminución en las habilidades de los obstetras para responder a la atención de un parto vaginal. (16) (17) (22) (23) (24)

Es importante señalar que otro factor relacionado con la práctica del procedimiento es la presencia del antecedente de cesárea, condicionado por un criterio clínico que prevalece aún entre los profesionales médicos, basado en el concepto de que después de una primera cesárea procede la realización de otra cesárea (16) (25). Al respecto, existen lineamientos y guías de práctica clínica que sustentan que el parto vaginal es viable aun después de una cesárea previa, siempre que la mujer cumpla con una serie de criterios clínicos para realizar una prueba de parto después de cesárea electiva, tales como: antecedente de cesárea segmentaria transversa no complicada, periodo intergenésico mayor a 24 meses, embarazo a término de 38 semanas o más, producto no macrosómico, entre otros elementos que la clasifiquen como apta para tener un parto vaginal. (26) (27)

Por otra parte, entre los factores relacionados con las mujeres que demandan la atención al parto resaltan: las características sociodemográficas, socioeconómicas, laborales, de nivel educativo y antecedentes obstétricos de las propias mujeres, los cuales establecen un patrón diferencial para la realización de cesárea entre los distintos perfiles de la población femenina. Estimaciones de la ENSANUT 2012 muestran que la mayor proporción de cesáreas electivas se observa en mujeres que se atienden en el sector privado, mujeres primíparas de entre 12 y 19 años de edad y mayores de 35 años, mujeres con más años de escolaridad, con un nivel socioeconómico más alto y que residen en el área metropolitana. (3, 6, 7) Adicionalmente, existe la percepción por parte de las usuarias de que la cesárea es un procedimiento más seguro y menos doloroso que el parto vaginal. (28)

Actualmente no hay evidencia que demuestre que la práctica de cesárea que refleje tasas por encima del 15-20%, en la realización del procedimiento, sea más efectiva en términos de beneficios en salud adicionales para la madre y su hijo, por el contrario algunas complicaciones asociadas con la cesárea, son los problemas respiratorios, en particular taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de dificultad respiratoria, en los neonatos nacidos a término mediante OC, entre la semana 37 y 40 presentan hasta 7 veces mayor riesgo de desarrollar problemas respiratorios que los nacidos por vía vaginal. (12, 13)

Por otra parte, el hecho de que el porcentaje de cesáreas es mayor en mujeres con condiciones sociales y demográficas más favorables, cuestiona los procesos mediante los cuales se toma la decisión de resolver un embarazo de manera quirúrgica, quedando en duda la toma de decisiones compartida e informada y sugiriendo la presencia de inequidad en el acceso al procedimiento, entre grupos poblacionales. Adicionalmente, la carga financiera que implica el parto por cesárea supera por mucho el costo asociado con el parto vaginal, derivado del mayor número de días de hospitalización y recuperación, por lo que la práctica del procedimiento, sin justificación clara definida, incrementa el gasto de las instituciones sanitarias que, de ser evitado, podría utilizarse para subsanar otros problemas prioritarios de salud. (14) (15)

Las altas tasas de cesáreas observadas en un contexto caracterizado por un acceso diferenciado e inequitativo entre grupos poblacionales, así como por la falta de una clara condición clínica que las justifique, pone en riesgo la efectividad del procedimiento y, con frecuencia, ocasiona un uso ineficiente de los recursos de salud, es por ello que la tasa de cesáreas es considerada un indicador de calidad de la atención al momento del parto. (9) (10) (7)

En este sentido, organizaciones sanitarias como la Joint Commission (29) sugieren que la práctica de cesáreas es un indicador de calidad y eficiencia en la atención obstétrica. (30) Al respecto, en México, el Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011 considera que la calidad en los hospitales radica en el mayor beneficio que brindan a sus usuarios y considera la pertinencia de algunos procedimientos como un atributo y dentro de los beneficios, declara que llevar a cabo intervenciones que carecen de

justificación clara expone al usuario a riesgos innecesarios además de comprometer mayores recursos. Así, plantea a la cesárea como una intervención que debe realizarse bajo justificación clínica y con beneficios anticipados para la madre o su hijo. (19, 31)

El objetivo del presente análisis fue identificar algunos de los factores no clínicos relacionados práctica de la cesárea, en el contexto nacional, incluyendo factores sociodemográficos, socioeconómicos individuales de las mujeres, así como variables relacionadas con el funcionamiento de las instituciones de salud, asociados a la práctica del procedimiento, durante el periodo 2012-2014. Las estimaciones se realizaron a partir del análisis del SINAC, subsistema de información, donde se registra a nivel nacional y de manera obligatoria a todos los nacidos vivos en el país, independientemente del sitio donde ocurra el nacimiento. A diferencia de los datos aportados por las encuestas nacionales, que sólo exploran una muestra representativa del país y se aproximan exclusivamente a la perspectiva de la demanda, el análisis del SINAC nos permite estudiar las características de todas las mujeres que, en determinado período, tuvieron un parto y registraron al nacido vivo, y permite estudiar y documentar algunos elementos no clínicos, relacionados con la oferta que pudieran estar relacionados con la práctica del procedimiento.

Material y Métodos

Estudio observacional, a partir de los datos contenidos en el SINAC de México para los años 2012 al 2014. Los datos contenidos en esta fuente de información correspondieron a 6,579,084 nacimientos, con registro en esta fuente de datos atendidos en las diferentes instituciones médicas del país. Para el desarrollo del presente estudio se tomaron en cuenta variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos, variables relacionadas con el recién nacido y aquellas con plausibilidad teórica para la definición de nuestro modelo analítico, tomando como un criterio de inclusión sólo aquellas observaciones con información completa en todas las variables de interés para el presente estudio.

Muestra de análisis

Las observaciones con información clasificada como: 88= no especifica y 99=se ignora fueron tomadas como datos faltantes y eliminadas de la muestra, como resultado se conformó una muestra analítica de 5,358,573 registros, correspondiente al 81.45% del total de nacimientos registrados en el país. Adicionalmente, se realizó un análisis comparativo entre la muestra analítica y el 18.5% de la muestra excluida, con la finalidad de saber si había diferencias estadísticamente significativas, en función de las características sociodemográficas: escolaridad, edad, tipo de afiliación y ocupación. Las potenciales implicaciones derivadas de este análisis se discutirán posteriormente.

Variable dependiente

Tipo de parto. Para la definición de esta variable se consideró como base las categorías registradas en el SINAC sobre la forma de resolución del embarazo: parto, fórceps, cesárea y otros. Para nuestro análisis, el parto y fórceps, fueron agrupadas en una misma categoría que se denominó parto vaginal. De esta forma, la variable dependiente quedó definida como una variable dicotómica: parto vaginal y cesárea. Cabe mencionar que en la categoría denominada por el SINAC como “otros” no se especifica a que tipo de procedimiento de resolución del embarazo se refiere, por lo que no fue de utilidad para el análisis y fue tomada como valor faltante.

Variables independientes

a) Variables sociodemográficas

Se tomaron en cuenta las siguientes variables y categorías: edad de la madre: menores de 15 años, 15-19, 20-44, 45 o más; escolaridad de la madre: ninguna, primaria (completa o incompleta), secundaria (completa o incompleta), bachillerato o técnica y profesional o posgrado; y el estado civil: casadas o unidas, solteras, separadas.

Tipo de aseguramiento. Para esta variable se establecieron categorías de afiliación: ninguno, Seguro Popular, Seguridad Social (IMSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX), ISSSTE y la categoría “otros”. Se decidió considerar al ISSSTE de forma independiente, por la evidencia disponible en estudios precedentes, realizados a partir

de las encuestas nacionales de salud, que señalan a esta institución con un comportamiento en este indicador significativamente superior al resto de las instituciones de la Seguridad Social, muy cercano a los valores que se observan en el sector privado. (3, 7)

La ocupación de la madre se agrupó en 7 categorías, según la clasificación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), reagrupando las 18 categorías de ocupación incluidas en la base de datos del SINAC, las categorías quedaron de la siguiente manera: 1) no ocupada; 2) no remunerada ama de casa, estudiante; 3) directores y gerentes; 4) profesionales científicos e intelectuales; 5) Personal de apoyo administrativo, técnicos de nivel medio; 6) Ocupaciones elementales: oficios trabajadores de servicios, vendedores de comercios y mercados, etc. ; y 7) otros (32)

b) Antecedentes obstétricos

Se consideraron las siguientes variables de la historia obstétrica de la mujer: número de nacimiento por el cual fue atendida (primer hijo, segundo hijo, 3 o más hijos), si recibió atención prenatal (sí/no), el número de consultas recibidas en todo el embarazo (1 a 5, 6 a 10 y 11 o más), y condición del hijo inmediato anterior (vivo/muerto).

c) Variables relacionadas con los servicios de salud.

Se consideraron para esta categoría las variables relacionadas con el personal que atendió el nacimiento: 1) médico 2) enfermera, partera y personal autorizado por la Secretaría de Salud, así como el tipo de institución donde ocurrió el nacimiento donde las categorías fueron: unidades del sector público, unidades correspondientes a la seguridad social, unidades del ISSSTE, unidades privadas, vía pública u hogar y otro lugar.

Así mismo, se construyó una variable que, específicamente, consideró el día de ocurrencia del nacimiento. Esta variable permitió el análisis de la distribución de cesáreas por cada día de la semana y por institución prestadora del servicio de

atención al parto. Para efectos del modelo de regresión logística, esta variable se consideró como dicotómica: nacimientos ocurridos entre semana y durante los fines de semana. Por otra parte, para explorar la distribución de cesáreas y su relación con el horario de atención, se construyó una variable donde se agrupó el horario en el que ocurrió el nacimiento, en tres categorías; horario matutino (que comprende de 7am a 2pm); horario vespertino (de 3pm a 8pm); y horario nocturno (de 9pm a 6am).

d) Variables relacionadas con el recién nacido

En este apartado se describen las escalas de APGAR y Silverman, para lo cual se construyó una variable que agrupara los resultados de la valoración de APGAR en las siguientes categorías: normal= APGAR de 7-10, bajo= APGAR de 4-6 y crítico=APGAR de 0-3. (33) De igual forma, se realizó una categorización para la escala de SILVERMAN, considerando las siguientes categorías: dificultad respiratoria severa (SILVERMAN DE 7-10), dificultad respiratoria moderada (SILVERMAN DE 4-6), dificultad respiratoria leve (SILVERMAN DE 1-3), sin dificultad respiratoria (SILVERMAN de 0). (33)

La edad gestacional se clasificó en tres categorías: la primera, “nacimiento post-término”, se refiere a los nacimientos que ocurrieron a más de 42 semanas de gestación; “nacimiento a término” se refiere a los nacimientos que ocurrieron entre las 37 y las 42 semanas de gestación y “nacimiento pre-término” son los nacimientos que ocurrieron en la semana de gestación 36 o menos. Finalmente, la variable peso al nacer fue analizada en tres categorías: bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos), peso normal (de 2500 a 4000 gramos) y macrosómico (mayor a 4000 gramos).

Análisis estadístico

Se establecieron dos grupos para el análisis comparativo: las mujeres a las cuales les fue practicada una cesárea y las mujeres que tuvieron un parto vaginal. Se realizaron análisis descriptivos de cada una de las variables de interés. Para las variables categóricas, se utilizaron análisis de frecuencia y proporciones; para las variables

continuas se utilizaron medidas de tendencia central como la mediana y la media y medidas de dispersión como la desviación estándar. Además de las estimaciones puntuales se presenta el intervalo de confianza alrededor del estimador (95% confianza).

También se realizó un análisis bivariado de cada una de las variables explicativas con la variable respuesta, para identificar diferencias estadísticas entre los grupos de comparación (mujeres con parto vaginal o con cesárea), en el caso de las variables categóricas, estas diferencias se evaluaron mediante la prueba X^2 y para variables continuas mediante la prueba de t de Student.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística, la decisión de incluir las variables al modelo se tomaron en función de todas aquellas variables con plausibilidad teórica, los resultados del análisis bivariado y la evidencia científica previa nacional e internacional relacionada con el tema de investigación. Posteriormente se contrastó la independencia bivariada de la ocurrencia de la cesárea con cada variable, se realizaron pruebas de colinearidad. Finalmente, se evaluó la calidad estadística del modelo de regresión múltiple final. Para esto, se utilizaron pruebas estándar de especificación y bondad de ajuste; tales como la prueba Hosmer Lemeshow.

Resultados

Características de la población eliminada de la muestra analítica.

Se eliminó al 18.5% de la muestra total, por carecer de datos completos en al menos una de las variables de interés. Al realizar las comparaciones entre el grupo de la muestra eliminada y la muestra analítica, no se encontraron diferencias en la media de edad, sin embargo, existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$), para las categorías: ningún grado escolar, primaria completa o incompleta, donde se observaron las siguientes frecuencias: 3.66 % (IC95% 3.65-3.70), 6.59 (IC 95% 6.54-6.64) y 13.63 (IC95% 13.56-13.69), respectivamente; mientras que las diferencias en los demás grados escolares no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a la derechohabencia la mayor proporción de la muestra eliminada, pertenece a mujeres

beneficiarias del Seguro Popular 40.90% (IC95% 40.81-40.99), con respecto a la ocupación de las mujeres no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Esto sugiere que los registros el SINAC pudieran estar reportando de forma insuficiente los datos correspondientes a las mujeres con menor nivel educativo y las afiliadas al Seguro Popular.

Descripción de las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y de atención prenatal en la muestra analítica.

En la muestra analizada, la media de edad fue de 25.22 años (IC95%: 25.22-25.23); 89.53% (IC 95%: 89.51- 89.53), de las mujeres refirieron ser casadas o unidas. De acuerdo con el grado de escolaridad, 38.18% (IC95%: 38.14-38.22) contó con secundaria completa o incompleta, seguidas de las mujeres con bachillerato o técnica completa o incompleta (28.31%; IC95%: 28.27-28.34) y, en menor proporción, las mujeres con grado profesional o posgrado (14.15%; IC95%: 14.12-14.18).

Con respecto al tipo de aseguramiento, 49.28% (IC95%: 49.24-49.32) de las mujeres fueron beneficiarias del Seguro Popular, seguidas por 26.66% (IC95%: 26.62-26.70) de las mujeres afiliadas a alguna institución que presta seguridad social como IMSS, SEDENA, SEMAR y PEMEX y, en menor proporción, las mujeres que refieren ser afiliadas al ISSSTE u otro tipo de aseguramiento con 2.75%(IC 95%: 2.74-2.77) y 1.66% (IC95%: 1.65-1.67), respectivamente. La ocupación fue otra variable de interés donde la mayor parte de la muestra analítica refiere ser ama de casa o estudiante 76.52% (IC95%: 76.48-76.55).

Destaca que 37.21 % (IC 95%: 37.17-37.25) de las mujeres eran primigestas, con segundo parto 29.94% (IC95% 29.90-29.98), atendidas por tercer parto 18.65%; IC95% 18.61-18.68 y, en menor proporción, aquellas mujeres con 4 o más partos. Con relación a la atención recibida durante el embarazo, 97.77% (IC 95%: 97.76-97.79) de la muestra analizada registró haber tenido atención prenatal y en 75.90% (IC 95%: 75.86-75.94) se documentó que ésta inició durante el primer trimestre del embarazo. 98.3% de los nacimientos atendidos fueron en embarazadas con feto único y sólo 1.6% fue

embarazo gemelar. Así mismo se analizó el antecedente de hijos nacidos muertos, donde 13.10% (IC 95% 13.07-13.13) de la mujeres refirió este suceso.

Casi la totalidad de los nacimientos fueron atendidos por un médico (98.32%). Del total de la muestra, 53.52 % (IC 95%: 53.48-53.57) fueron nacimientos por parto vaginal y 46.47% (IC 95%: 46.42-46.51) fueron cesárea.

Análisis de la práctica la operación cesárea por entidad federativa

La práctica de dicho procedimiento tuvo un comportamiento diferencial entre cada una de las entidades federativas, como se aprecia en el Gráfico 1, resaltando en un color diferente que a partir del estado de Colima, la proporción de nacimientos atendidos por cesárea en esas 16 entidades federativas supera la media nacional y entre éstas, los estados de Sinaloa, Nuevo León, Jalisco, Distrito Federal y Yucatán muestran que del total de los nacimientos, los atendidos mediante cesárea superan el 50%. Al explorar esta misma variable, por cada año de estudio, se pueden observar un incremento en este indicador para algunas entidades federativas de más de un punto porcentual por año.

Análisis comparativo de acuerdo al tipo de atención recibida durante el parto

A) Características sociodemográficas

Al comparar entre los grupos de interés definidos para el presente estudio (parto vaginal o cesárea) se observa que 83.13% (IC95%: 83.08-83.17) de las mujeres que tuvieron una cesárea, corresponden al grupo de mujeres cuya edad se encuentra entre los 20 a 44 años, mientras que el grupo de mujeres que tuvieron parto vaginal 76.16% (IC 95%: 76.11-76.21) pertenece a este mismo grupo de edad. Al analizar el grupo de mujeres de 15 a 19 años, se encontró que el porcentaje de partos vaginales en este grupo supera hasta 7 puntos porcentuales al porcentaje de partos atendidos por cesárea, estas diferencias mostraron significancia estadística $p < 0.001$. Ver Cuadro 1

Respecto al estado civil no se observan diferencias estadísticamente significativas, no así para la escolaridad, ya que al comparar ambos grupos de interés, podemos observar que entre las mujeres que tuvieron cesárea, el porcentaje estimado, dentro del grupo con mayor escolaridad, es tres veces más alto que el porcentaje de mujeres que tuvo parto vaginal, para esta misma categoría escolar. Ver Cuadro 1.

Al analizar el tipo de aseguramiento médico se encontró que, el porcentaje de mujeres que tuvo cesárea, es mayor en la categoría definida como “ninguno” (Sin seguro médico) y en la categoría de las mujeres derechohabientes del ISSSTE, comparado con la proporción de mujeres, en esta misma categoría de derechohabiencia, que tuvieron parto vaginal. Este fenómeno se invierte al analizar a las mujeres que refieren ser beneficiarias del Seguro Popular, pues ahí es mayor la proporción de mujeres que tuvieron parto vaginal vs. las que tuvieron cesárea, 58.0% (IC 95%: 58.0-58.1) y 39.2% (IC 95%: 39.1-39.2) respectivamente, ver (Cuadro 1).

Es importante mencionar que en la categoría de derechohabiencia clasificada como “otros” no se especifica el tipo de derechohabiencia que tenía la mujer; podría inferirse que en esta categoría se incluyen algunos seguros privados, sin embargo, no se tiene la certeza, dada la forma en que se captó la información en la base de datos analizada. Es importante resaltar que entre las mujeres que son derechohabientes del ISSSTE y en la categoría derechohabiencia “otros”, la frecuencia de cesáreas acontece en 7 de cada 10 nacimientos (73.84%; IC95%: 73.62-74.06) y en 5 de cada 10 nacimientos (56.70% IC95%: 56.61-56.80), respectivamente.

La ocupación fue otra variable sociodemográfica de interés. Del total de la muestra 76.52% (IC95%:76.48-76.55) eran estudiantes o amas de casa. Entre las mujeres que tuvieron cesárea, 7.86% (IC95%:7.82-7.89) tenía una ocupación clasificada como profesionales, científicos e intelectuales, mientras que en el grupo de mujeres que tuvieron parto vaginal la proporción en la categoría de ocupación antes mencionada, es significativamente menor 2.15 % (IC 95%: 2.13-2.17).

Atención prenatal recibida

98.63% (IC95%: 98.61-98.64) de las mujeres sometidas a cesárea tuvieron atención prenatal, 81.16% (IC95% 81.11-81.21), recibió la primera consulta de atención prenatal, en el primer trimestre de gestación, mientras que en el grupo de mujeres con parto vaginal, el porcentaje de mujeres que refirieron la recepción de atención prenatal fue de 97.04 % (IC 95%:97.02-97.06) y 71.34% de ellas comenzaron la atención prenatal en el primer trimestre de gestación.

Al analizar el número total de consultas prenatales recibidas, vale la pena resaltar que, en el grupo de mujeres con cesárea, 80.41% (IC95%: 80.37-80.46) recibió más de 5 consultas prenatales, esta cifra supera en 11 puntos porcentuales la frecuencia observada entre las mujeres que fueron atendidas por partos vaginales, para esta misma categoría que fue de 68.76% (IC95%: 68.70-68.81).

Considerando sólo al grupo de mujeres primigestas, 49.3% (IC95%: 49.3-49.4) de ellas tuvo cesárea y 42.0% (IC95%: 41.9-42.0) fue atendida en unidades del sector privado. Así mismo, entre las primigestas sometidas a cesárea, 67.2%; IC95%: 67.1-67.2 se encontraba entre los 20 a 44 años de edad.

Finalmente en esta categoría de análisis se exploró la condición del hijo inmediato anterior, observándose que entre las mujeres con cesárea existe una mayor proporción de mujeres cuyo hijo inmediato anterior, se encuentra muerto 7.88 (IC95% 7.85-7.91) y 5.21 (IC95% 5.19-5.24) respectivamente.

Variables relacionadas con el recién nacido

Al analizar las variables relacionadas con el recién nacido y el tipo de procedimiento al nacimiento, se observó que la proporción de niños con APGAR normal es similar en ambos grupos de interés, sin embargo, vale la pena resaltar que en la categoría APGAR crítico; es mayor en las mujeres con parto vaginal, Cuadro 3. En cuanto a la escala de SILVERMAN, se observó que en el grupo de mujeres que tuvieron cesárea,

la proporción de niños con dificultad respiratoria leve fue de 10.57% (IC95%: 10.53-10.60), comparada con 7.98% (IC95%: 7.05-7.11) en los niños nacidos por vía vaginal, tal como se aprecia en el Cuadro 3.

Se exploró la frecuencia de nacimientos por edad gestacional, entre los hallazgos de interés se encontró, que las mujeres que tuvieron una cesárea, la proporción de nacimientos a término fue 5 puntos porcentuales menor, que en el grupo de mujeres que tuvieron parto vaginal, 91.22%(IC95%: 91.19-91.26) y 95.94% (IC95% 95.92-95.97), respectivamente. En contraste con las mujeres sometidas a cesárea la cifra de nacimientos pre-término supera al doble la cantidad de nacimientos, vía vaginal en esta misma categoría, 8.75% (IC95%: 8.72-8.79) y 4.0.4% (IC 95%: 4.01-4.06), respectivamente.

Variables relacionadas con los servicios de atención al parto.

En esta categoría de análisis se incluyó el personal que proporcionó la atención al parto, en ambos grupos la mayoría de las mujeres fueron atendidas por un médico 98.32% (IC95%: 98.31-98.33). Así mismo, se incluyó el análisis del sitio donde ocurrió el nacimiento. Como se puede observar en el cuadro de resumen (Cuadro 4) del grupo de mujeres que tuvieron una cesárea 2.81% (IC95%: 2.81-2.82) fueron atendidas en unidades del ISSSTE, 35.63% (IC95%: 35.57-35.69) en unidades privadas y 36.91% (IC95%: 36.85-36.97) en unidades de la SSA. . En contraste con las mujeres que tuvieron parto vaginal, la proporción de mujeres en estas mismas categorías es 1.09%(IC95%:1.07-1.10) para las que fueron atendidas en unidades del ISSSTE, 7.68% (IC95%: 7.65-7.71) para las atendidas en el sector privado y 60.69% (IC95%: 60.64-60.75) para las atendidas en unidades de la SSA.

Distribución de nacimientos por tipo de parto en los días de la semana y horarios o turnos de atención

Se realizó el análisis exploratorio del procedimiento de nacimiento y su distribución por días de la semana, como se puede observar en la Gráfica 3. La información analizada

muestra que la ocurrencia de partos vaginales se incrementa hacia el fin de semana, es decir; sábados y domingos, mientras que la de cesáreas disminuye, el mismo comportamiento ocurre cuando se realiza el análisis por cada año por separado, dentro del período de estudio. Para detallar un poco más esta exploración se analizó la ocurrencia de cesáreas y partos por días de la semana y por institución donde ocurrieron los nacimientos, como se muestran en la Gráfica 4 . Esta misma variable se analizó de manera dicotómica observándose que la mayor cantidad de nacimientos ya sea por parto vaginal o cesárea ocurren entre los días lunes a viernes, siendo mayor la proporción de cesáreas 77.88% (IC95%: 77.83-77.93) vs. 72.41% (IC95%: 72.36-72.46) de partos vaginales. Ver Cuadro 4.

Como se puede apreciar en las gráficas, la ocurrencia de cesáreas decrece hacia los fines de semana para cada institución de análisis, mientras que la ocurrencia de parto vaginal se incrementa, sin embargo, nuevamente se evidencia que son los sectores privado y el ISSSTE, quienes realizan la mayor proporción de cesáreas con respecto al resto de las unidades médicas de análisis, y este comportamiento se mantiene, independientemente del día de la semana que se analice.

Así mismo, se realizó un análisis exploratorio para observar la distribución de nacimientos por cesárea y por parto vaginal en diferentes horarios de atención. Como se puede observar en la Gráfica 6, la frecuencia de nacimientos por cesárea, en el sector privado acontece en su mayoría en el horario matutino 86.06% (IC95%: 85.97-86.15) y decrece en los turnos posteriores. Al analizar este fenómeno en las demás instituciones, podemos observar que en el ISSSTE, la frecuencia en la práctica del procedimiento es similar en los dos primeros turnos, siendo por muy poco superior en el turno matutino 73.05% (IC95%: 72.64-73.46) y 74.17%(IC95%: 73.67-74.67), respectivamente. De esta manera, el comportamiento en la práctica de cesárea en el resto de las instituciones es más elevada en los turnos vespertinos. Adicionalmente, es importante señalar que en las unidades de la SSA la distribución de cesáreas en los tres turnos no es muy diferente entre los turnos matutino y nocturno, pero es significativamente superior en el turno vespertino, ya que en el turno matutino se

encontró que se realiza el 36.87% (IC95%: 36.77-36.96), para el turno vespertino 40.30% (IC95% 40.18-40.41) y, finalmente, para el turno nocturno la frecuencia fue de 36.69% (IC95% 36.53-36.83).

Con respecto al comportamiento de partos vaginales en los diferentes turnos de las instituciones que brindan atención médica, vale la pena resaltar que la proporción de nacimientos mediante esta vía, en el sector privado y en el ISSSTE, acontece en su mayoría por las noches 23.40% (IC95%:23.15-23.64) y 33.09% (IC95%:32.22-33.96), mientras que el comportamiento de este mismo suceso en el resto de las instituciones no es muy variable con respecto al resto de los turnos, ver Gráfica 7.

Resultados del modelo de regresión logística

En este apartado se presenta el análisis de las variables posiblemente asociadas a la mayor ocurrencia de cesárea, éstas se resumen en el Cuadro 5. Entre los principales hallazgos se observa que las mujeres de mayor edad (45 años o más) tienen 1.61 (IC95%:1.52-1.72) veces mayor probabilidad de ser sometidas a cesárea, con respecto a las mujeres de menor edad (menores de 15 años). Una variable importante es la escolaridad ya que como se puede observar en el Cuadro 5, las mujeres que refieren tener un grado escolar equivalente a profesional o postgrado tienen 1.82 (IC95% 1.80-1.85) veces mayor probabilidad de tener un parto por cesárea, con respecto de las mujeres que refieren no tener escolaridad.

En este mismo análisis es importante resaltar la variable “Lugar donde ocurrió el nacimiento” ya que como se observa en el Cuadro 5, las mujeres que fueron atendidas al momento del parto, en unidades del ISSSTE y unidades privadas tienen mayor probabilidad de tener una cesárea respecto las que se atendieron en unidades de la secretaría de salud, 2.50 (IC95%: 2.43-2.58) y 6.85 (IC95%: 6.79-6.90), respectivamente. Así mismo, se incluyeron en el modelo variables relacionadas con el recién nacido; como la valoración de APGAR, Silverman, peso al nacer y edad gestacional.

Se analizó la ocurrencia de cesáreas entre semana (lunes a viernes) y fin de semana evidenciando que las mujeres, cuyo parto es atendido de lunes a viernes, tienen 1.34 (IC95%:1.33-1.34) veces mayor probabilidad de tener una cesárea, comparado con las madres que son atendidas durante el fin de semana. Ver Cuadro 5.

Discusión y conclusiones

El presente análisis nos permitió estudiar variables de interés que, en el contexto nacional, nos podrían ayudar a entender algunos factores no clínicos que influyen en la práctica elevada de cesáreas y que no han podido ser documentados a partir de las encuestas nacionales de salud, para el periodo más reciente. Por otra parte no se conocen estudios previos que exploren esta fuente de datos con relación al procedimiento de resolución del embarazo y los factores no clínicos.

Los resultados del presente análisis evidencian una persistente proporción elevada en la atención del nacimiento mediante cesárea a nivel nacional, que fue de 46.38%, cifra muy similar a las reportadas por la ENSANUT 2012 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, que fueron de 46.22% y 46.3%, respectivamente. (5) (8) La similitud en la frecuencia de los nacimientos por cesárea identificada en este estudio y en los realizados a partir de información de la ENSANUT 2012 y ENADID 2014, contrasta con lo reportado en la literatura que señala que, cuando se utilizan las encuestas nacionales, existe una tendencia a sobre reportar la ocurrencia de nacimientos por cesárea, en comparación con los registros institucionales.(34)

En mayor o menor medida, el incremento de la tasa de cesáreas, acontece en todas las entidades federativas del país ya que, si bien todas superan el porcentaje de cesáreas según lo establecido por las normas oficiales y lo recomendado por la OMS, las explicaciones a este suceso podrían ser diferenciales, debido a que en algunos estados podría estar evidenciando un mejor acceso a los servicios y en otros mayor realización de cesáreas en instituciones privadas y en mujeres con mejores condiciones económicas, pues los estados con mayores ventajas sociales como Nuevo León, Jalisco y Distrito Federal presentan porcentajes de cesáreas superiores, en más de 10

puntos porcentuales, a los porcentajes reportados por estados como Guerrero, Chiapas y Veracruz. Este hallazgo podría estar en correspondencia con lo que algunos autores llaman la “paradoja de la cesárea”, resaltando que menor proporción de cesárea no necesariamente obedece a mejor calidad de atención al parto, sino a barreras de acceso a los servicios.(35)

La práctica de la operación cesárea por encima de lo recomendado es un fenómeno que se ha observado desde hace años y en la actualidad se sigue debatiendo acerca de los porcentajes recomendados como óptimos y que oscilan entre el 15 y el 20%. En su declaración sobre cesáreas 2015, la OMS pone de manifiesto que más que tratar de apegarse a una tasa determinada de OC, se debe realizar la cesárea de manera equitativa; es decir a toda mujer que lo necesite, sin embargo, los datos encontrados en el presente contradicen esta declaración pues el procedimiento es practicado en mujeres con mayores ventajas sociales y demográficas, mientras que en las mujeres en condiciones socioeconómicas menos favorables, el número de partos vaginales supera al de cesáreas. De esta forma, los hallazgos del presente análisis refuerzan lo reportado anteriormente por otros estudios en México,(7, 9, 16) donde se documenta que son las mujeres con condiciones sociodemográficas más favorables y que se atienden en el sector privado, quienes presentan las frecuencias más altas de cesáreas.

Por otra parte, cerca de 100% de las mujeres refieren haber tenido atención prenatal y haber sido atendidas por un médico, sin embargo, 2.3% (IC95%:2.29-2.31) refieren no haber tenido consulta prenatal durante todo su embarazo y 25% de quienes recibieron atención prenatal iniciaron su consulta después del primer trimestre de gestación, lo que podría sugerir que aun existen barreras de acceso a los servicios de atención materna relacionados con la atención prenatal. Es importante señalar que de este porcentaje de mujeres, la mayor parte se concentra en los niveles escolares, de primaria y secundaria, ocupación ama de casa, mujeres que se atienden en unidades del sector público y pertenecientes a los estados de Veracruz, Puebla, Guerrero y Guanajuato.

Resulta relevante comparar nuestros hallazgos con lo reportado por la ENADID 2014, donde se resalta que los partos vaginales y las cesáreas de emergencia, tienen mayor presencia en localidades de menos de 15 mil habitantes, (8) mismas donde se concentran, la mayor proporción de hablantes de lengua indígena, analfabetismo y mayor porcentaje de mujeres económicamente inactivas; siendo algunas localidades calificadas como de difícil acceso.(36) Enmarcado por estos datos podría inferirse que algunas de las causas de mayor porcentaje de cesáreas de emergencia en estas localidades son cesáreas clínicamente justificadas o derivadas de complicaciones que no fueron advertidas por no tener acceso al control prenatal.

En contraste, los sectores de salud y entidades que atienden mayor número de nacimientos por vía quirúrgica se podría establecer la hipótesis de que algunos elementos relacionados con la demanda del servicio de atención al parto como; el papel de las aseguradoras privadas, la capacidad de pago, la solicitud de cesárea por petición materna, temor al dolor del parto y sus secuelas, entre otros, planeación del día de nacimiento, coadyuvan en la decisión de resolver su parto por cesárea, sobre todo en las instituciones privadas, (37) ya que dentro de los hallazgos de interés se encontró que la cifra de mujeres sometidas a cesárea y, que son atendidas en el sector privado, supera más de 20 veces a la cifra de partos vaginales atendidos en este mismo sector.

A pesar de la evidencia disponible en estudios previos (7, 17), donde se han corroborado las asociaciones entre la práctica del procedimiento y el nivel socioeconómico de las mujeres, las tasas de cesáreas observadas en el presente estudio entre las mujeres con condiciones socioeconómicas menos favorables, que son atendidas en el sector público, en las unidades de la SSA o las unidades de las instituciones de la seguridad social como el ISSSTE, también presentan frecuencias en la práctica de cesárea que supera por mucho, los porcentajes considerados como óptimos en las normas oficiales, nacionales e internacionales. Resalta el hecho que el ISSSTE presenta un comportamiento similar al del sector privado. Esto nos señala que las variables antes mencionadas no son las únicas a considerar y que pudieran existir otros elementos no clínicos tales como; el temor a las demandas por mal resultado

neonatal, la presión de familiares y de la misma mujer a ser sometidas a una cesárea, ante una labor de parto prolongada, así como algunas condiciones relacionadas con la comodidad en el manejo de horarios del médico etc., sin embargo, para documentar estos factores se requiere de una aproximación cualitativa que permita conocer las percepciones y preferencias de usuarias y prestadores sobre las particularidades que circundan a la decisión de realizar una cesárea.

Adicionalmente, es importante discutir con mayor detalle el grupo de mujeres primigestas ya que casi la mitad de ellas (49.3%; IC 95% 49.2-49.3) tuvieron su parto por cesárea. La importancia de resaltar este dato descansa en lo documentado por algunos autores que señalan, la importancia de contener el procedimiento en este grupo de mujeres para evitar un ciclo de cesáreas en embarazos posteriores. (11) La evidencia disponible es consistente en documentar que esto permite además, reducir complicaciones a largo plazo en otros embarazos subsecuentes; tales como el acretismo placentario, complicación que ha mostrado un incremento sustancial en años recientes, en paralelo al incremento observado en la frecuencia de cesáreas. Para reforzar la importancia de este dato, en la década de los 80, se reportaban 0.8 casos de acretismo placentario por cada 1000 nacimientos y esta cifra incrementó a 3 casos por cada 1000 nacimientos en el año 2000. Los riesgos de complicaciones relacionadas con la cesárea incrementan en un segundo o tercer embarazo. (38) (39) Este dato adquiere mayor importancia si lo relacionamos con los hallazgos encontrados en el presente análisis, donde se demostró que entre las mujeres primigestas la mayor frecuencia de cesárea aconteció en el grupo de mujeres, entre los 20 y 40 años de edad, quienes probablemente tengan más embarazos y podrían incrementar el riesgo de complicaciones a futuro.

Las altas frecuencias de nacimientos por cesárea que suceden en el ISSSTE y en el sector privado, refuerza la evidencia disponible, a partir de las encuestas nacionales, situación que evidentemente ha persistido a lo largo del tiempo y que señala la urgencia de identificar los factores relacionados con este comportamiento, así como las características de la población que conforma la demanda de los servicios de salud

materna que se brindan en cada una de ellas, de tal forma que se puedan implementar políticas de salud focalizadas en estas instituciones.

El análisis del comportamiento de la práctica de cesáreas por días de la semana, es consistente con hallazgos previos que han documentado que el día y el horario en el que se lleva a cabo el nacimiento, juega un papel importante en el tipo de parto y que la frecuencia de cesáreas se reduce en fines de semana, días festivos y los días que circundan a los días festivos (20) (40), sugiriendo que parte de la explicación a este hecho es la comodidad en el manejo de horarios del médico. Para el caso del presente estudio, se encontró un patrón similar para todas las instituciones donde la frecuencia de cesáreas se mantiene constante de lunes a viernes y los fines de semana decrece. En relación con la distribución de nacimientos por cesárea en diferentes horarios de atención, encontramos un patrón de comportamiento similar en las unidades de la SSA, mientras que en el sector privado documentamos que la mayor parte de los nacimientos por cesárea ocurren por la mañana y que la frecuencia de partos vaginales es mayor en las noches para este mismo sector, siendo mínima en los tres turnos de las unidades privadas, comparada con la proporción de partos vaginales atendidos en las unidades de la SSA. Estos hallazgos nos podrían estar sugiriendo que los nacimientos atendidos por cesárea en las noches y durante los fines de semana en las unidades privadas, podrían ser de urgencia y que las cesáreas atendidas por las mañanas en este mismo sector, de lunes a viernes podrían ser cirugías programadas, muchas de ellas sin justificación clínica clara. Por lo que surge la necesidad de explorar con mayor detalle la frecuencia de nacimientos mediante cesárea, diferenciando el nivel de atención, con especial énfasis en las unidades médicas privadas, por turno laboral y la estadística individual, de cada médico encargado de la atención al nacimiento. Con la finalidad de diseñar intervenciones focalizadas e individualizadas para práctica correcta de la cesárea.

Bajo este orden de ideas, surge la necesidad de aplicar un procedimiento de clasificación para cada mujer, con base a sus características clínicas o de riesgo, tal como lo propone la clasificación de Robson (41), la cual incluye 10 categorías mutuamente excluyentes, pero que en su conjunto son incluyentes, permitiendo así

establecer comparaciones en la casuística obstétrica, entre unidades médicas, entre entidades federativas y entre características de las mujeres atendidas al momento del parto.

Bajo la evidencia documentada en el presente estudio, el sistema de salud mexicano se enfrenta a un problema de salud pública multifactorial, cuyo abordaje tiene diferentes ángulos, entre los que destaca la importancia de complementar la presente investigación con la exploración de otras variables no clínicas, que expliquen más a detalle las particularidades del sistema de salud, en lo que se refiere a la atención del parto, así como la exploración de la interacción, médico-paciente, para conocer el proceso de toma de decisiones a la hora de elegir una cirugía, como modalidad de atención al parto. Esto nos lleva a focalizar los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención prenatal desarrollando intervenciones educativas dirigidas a prestadores de servicios médicos y a mujeres jóvenes y primigestas que ayuden a romper las tendencias al incremento de la práctica de las cesáreas, haciendo de este manera una práctica pertinente del procedimiento, con lo cual se conseguiría reducir complicaciones a largo plazo, mismas que podrían beneficiar al sistema de salud reduciendo costos y mejorando la calidad de la atención obstétrica.

Con respecto al sector privado se sugiere la necesidad de fortalecer los mecanismos regulatorios en la oferta de los servicios de atención que ofrecen la cesárea como una alternativa segura, pues existe evidencia que sustenta la dificultad por parte de las mujeres para interpretar la información brindada por los prestadores de servicios médicos, en particular la información relacionada con los riesgos asociados al procedimiento. (42) por lo que la toma de decisiones, explícita y compartida queda en duda. Así mismo, es prioritario asegurar la cobertura de servicios de salud públicos de forma universal, incluyendo a las mujeres que no cuentan con un seguro de salud, enfocando estos esfuerzos en las entidades federativas y en los grupos poblacionales con mayor desventaja social. Finalmente, por razones de justicia social, se requiere mayor evidencia que colabore en la regulación de la práctica del procedimiento, de manera más equitativa; es decir a toda mujer que lo necesite.

Limitaciones del estudio

El presente estudio no está exento de limitaciones: la fuente de información utilizada en este estudio, no nos permitió caracterizar el nivel económico de las mujeres, tampoco identificar sus preferencias por la modalidad de atención del parto, ni explicar o describir su experiencia durante la interacción con el prestador, al momento de la toma de decisión de resolver un parto por cesárea, y si se realizó o no el proceso de consentimiento informado. Futuros estudios deberán enfocarse en documentar tanto las preferencias de las usuarias como su experiencia y rol que desempeñaron en la decisión de resolver su parto a través de una cesárea.

Otra limitación importante, relacionada con la fuente de información utilizada, se refiere a que en la muestra eliminada la mayor proporción de registros faltantes fueron de mujeres con menor escolaridad, que atendieron su parto en unidades de la SSA y en otro sitio distinto de una institución médica, por lo que es recomendable interpretar nuestros hallazgos con cautela, ya que podríamos estar subestimando la cantidad de partos vaginales. Sin embargo, la proporción de cesáreas y partos a nivel nacional no es distinta de la ya reportada con el análisis de otras fuentes de datos como la ENSANUT 2012 o la ENADID 2014.

Por otra parte, la estructura del formato del SINAC contiene variables, cuyas categorías de información no son específicas en su significado, tales como la variable “derechohabiencia” en donde la categoría “otros” no especifica si ésta pertenece a algún tipo de aseguramiento privado. En la variable referente al procedimiento utilizado para resolver el embarazo despliega 4 categorías: parto, cesárea, fórceps y otros, esta última tampoco específica a que otro tipo de procedimiento se refiere, por lo que para efectos de este análisis fue tomada como valor nulo.

Adicionalmente, la captura de la información del SINAC en la plataforma, no permite el registro de campos vacíos, por lo que en su lugar cuando se carece de información, estos campos se llenan con valores “88” y “99”, lo que genera una importante pérdida

de información en cada registro de manera individual, que sumado hace perder una muestra importante para el análisis de estadísticas relevantes.

Aunque el formato de llenado del SINAC es homogéneo y de aplicación obligatoria para todas las instituciones de salud, estudios previos han evidenciado que el personal que registra los datos es variable y en su mayoría distinto de quien atiende el parto y de quien captura la información en el sistema. En este mismo sentido, existe una diferencia de tiempo entre el acontecimiento del nacimiento, la realización del registro del dato y la captura del mismo en el sistema, documentándose que cuando se comenten errores en el llenado del formato se tiene que realizar uno nuevo, lo cual incrementa la probabilidad de errores al llenar el formato y podría afectar la calidad del dato. Aunque se considera que a partir del año 2011 el SINAC es una fuente de datos más consistente no hay estudios que evalúen la calidad del dato de esta fuente. (43)

En otro contexto, aun cuando existe una mínima proporción de mujeres que no sobrevivieron al parto, no se especifica la causa de muerte o las condiciones clínicas que desencadenaron el fallecimiento de la mujer, lo que nos impide poder identificar alguna asociación entre la práctica del procedimiento y la ocurrencia de complicaciones fatales al evento obstétrico. En esta fuente de datos tenemos la información sobre el procedimiento empleado para resolver el embarazo, sin embargo, no se especifica la causa o causas clínicas absolutas o relativas, de la madre o del producto que derivaron en una cesárea o parto y tampoco se especifica si la cesárea fue de tipo electiva o de urgencia. Así mismo, no es posible determinar si en la muestra analizada se está estudiando a la misma mujer en años subsecuentes por un embarazo ulterior.

A pesar de las limitaciones anteriores, el estudio realizado por Lara-Lona E. y colaboradores (43) documentan que la fuente de datos SINAC comparada con registros de expedientes clínicos tienen un buen nivel de concordancia, pudiendo tomar como confiables los datos del SINAC, sin embargo, en algunas variables como las escalas de APGAR y SILVERMAN, así como el cálculo de las semanas de gestación, se

documenta que son variables cuyo análisis debe ser tomado con precaución y de ser posible cotejado con alguna otra fuente de datos que refuerce el análisis.

Finalmente, se recomienda enfocar investigaciones y evaluaciones, para evaluar la calidad de los datos contenidos en el SINAC, los cuales deriven en una homogeneidad en la recolección, captura y reporte de los datos, elementos importantes en todo sistema de información en salud, para la toma de decisiones y elaboración de políticas públicas.

Gráfico 1. Proporción de nacimientos por cesárea, por entidad federativa 2012-2014

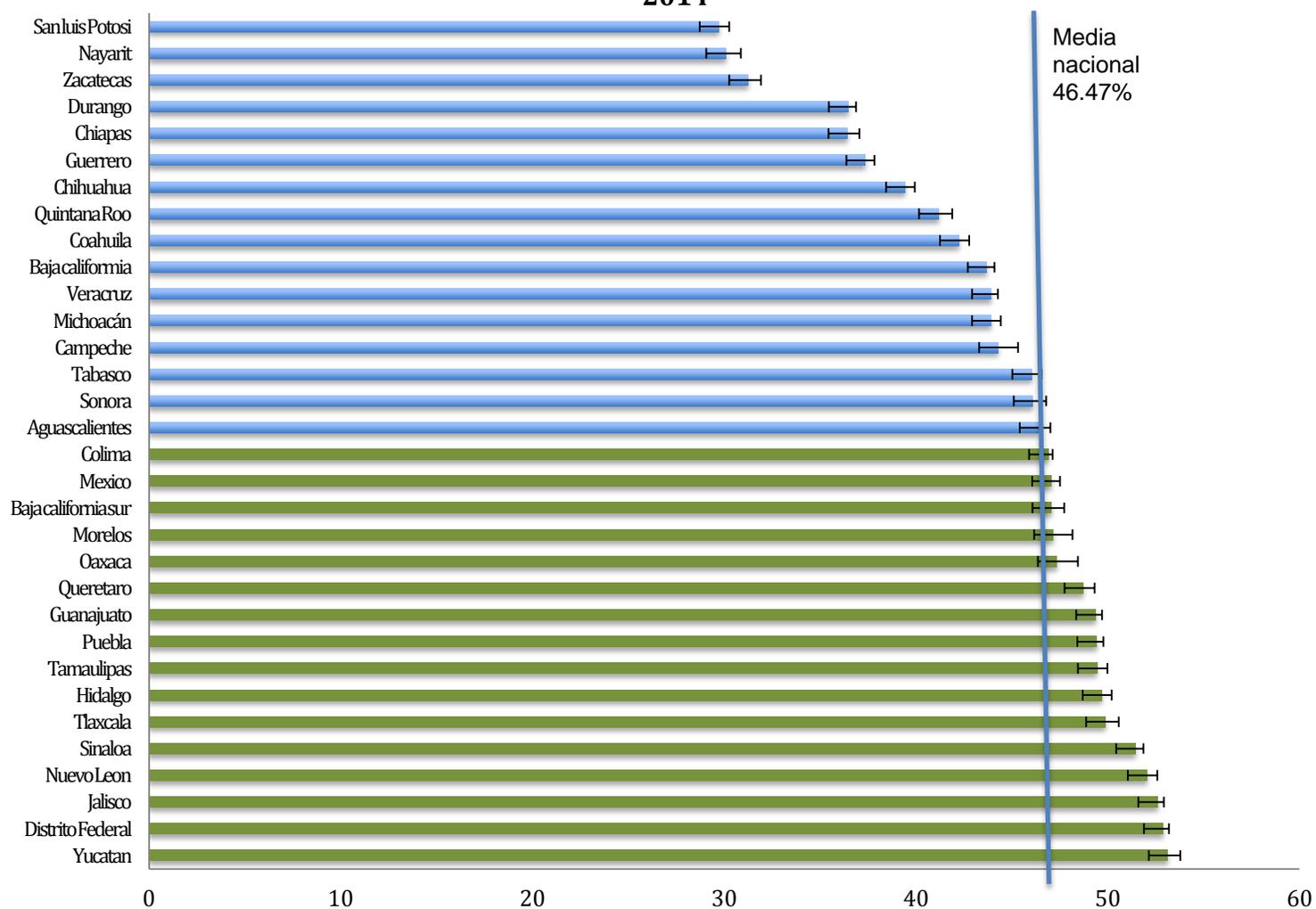
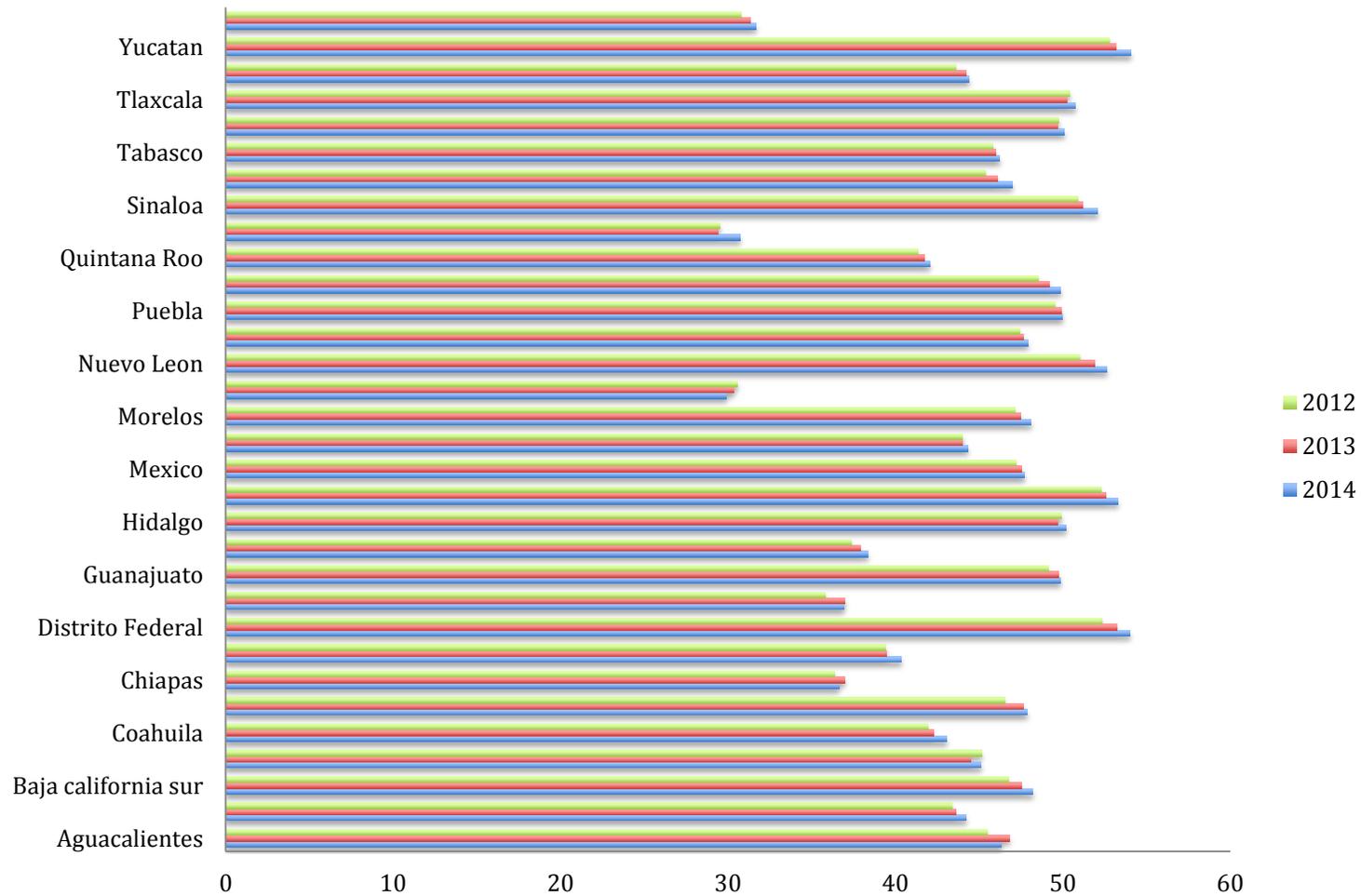


Gráfico 2. Proporción de nacimientos por cesárea por año de estudio en cada entidad federativa.



Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos Nacidos Vivos ocurridos-Certificado de nacimiento. SINAC. Elaboración propia de los autores

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la madre, general y por modalidad de atención al parto en las instituciones de salud de México 2012-2014.

Variables sociodemográficas de la madre	Todas las mujeres (5,802,251)	Cesárea % (IC 95%)	Parto vaginal % (IC 95%)	p
Edad	Media 25.2			< 0.001
< de 15 años	0.7(0.71-0.72)	0.63(0.62-0.64)	0.78(0.77-0.79)	
15-19 años	19.7(19.7-19.8)	16.08(16.03-16.12)	22.94(22.90-22.99)	
20 a 44 años	79.3 (79.3-79.4)	83.13(83.08-83.17)	76.16(76.11-76.21)	
45 o más años	0.1 (0.123-0.129)	0.14(0.14-0.15)	0.10(0.09-0.10)	
Estado civil				<0.001
Casadas o Unidas	89.53(89.51-89.53)	89.90(89.87-89.94)	89.8(89.8-89.9)	
Solteras	9.85(9.83-9.88)	9.50(9.46-9.54)	10.1(10.15-10.22)	
Separadas	0.60(0.60-0.61)	0.58(0.57-0.59)	0.62(0.61-0.63)	
Escolaridad				< 0.001
Ninguna	1.95(1.93-1.96)	1.23(1.21-1.24)	2.57(2.5-2.59)	
Primaria (completa o incompleta)	17.40(17.37-17.43)	13.54(13.50-13.58)	20.73(20.69-20.78)	
Secundaria (completa o incompleta)	38.18(38.14-38.22)	33.40(33.34-33.46)	42.33(42.27-42.38)	
Bachillerato o técnica (completa o incompleta)	28.31(28.27-28.34)	30.37(30.32-30.43)	26.52(26.47-26.57)	
Profesional o postgrado	14.15(14.12-14.18)	21.43(21.38-21.48)	7.82(7.79-7.85)	
Tipo de aseguramiento				< 0.001
Ninguno	19.63(19.59-19.66)	23.8(23.8-23.9)	16.0(16.0-16.1)	
Seguridad Social (IMSS, PEMEX, SEDENA, SEMAR)	26.66(26.62-26.70)	30.2(30.2-30.3)	23.4(23.4-23.5)	
ISSSTE	2.75(2.74-2.77)	4.2(4.2-4.3)	1.3(1.30-1.32)	
Seguro Popular	49.28(49.24-49.32)	39.2(39.1-39.2)	58.0(58.0-58.1)	
Otros	1.66(1.65-1.67)	2.3(2.2-2.3)	1.0(1.04-1.06)	
Ocupación				< 0.001
No ocupado	3.67(3.65-3.68)	3.48(3.45-3.50)	3.83(3.81-3.85)	
No remunerado (estudiante, ama de casa)	76.52(76.48-76.55)	70.67 (70.62-70.73)	81.60(81.55-81.64)	
Directores y gerentes	0.84(0.83-0.84)	1.17(1.16-1.18)	0.52(0.54-0.56)	
Profesionales científicos e intelectuales.	4.80(4.78-4.82)	7.86(7.82-7.89)	2.15(2.13-2.17)	
Personal de apoyo administrativo y técnicos, profesionales de nivel medio	8.17(8.14-8.19)	10.16(10.12-10.19)	6.44(6.41-6.46)	

Cuadro 1. Continuación

Ocupaciones elementales, oficios, trabajadores de servicios, vendedores de servicios, comercios y mercados.	3.11(3.09-3.12)	3.39(3.36-3.41)	2.87(2.85-2.89)
Otros	2.87(2.85-2.88)	3.25(3.23-3.27)	2.54(2.52-2.56)

Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos Nacidos Vivos ocurridos-Certificado de nacimiento. SINAC. Elaboración propia de los autores

Cuadro 2. Antecedentes obstétricos, atención prenatal y modalidad de atención al parto. México 2012-2014

Variable	Todas las mujeres	Cesárea	Parto vaginal	P
Nº de nacimiento por el cual es atendida				< 0.001
1er. nacimiento	37.21(37.17-37.25)	39.71(39.65-39.77)	35.05(34.99-35.10)	
2do nacimiento	29.94(29.90-29.98)	30.93(30.88-30.99)	29.07(29.02-29.12)	
3er nacimiento	18.65(18.61-18.68)	18.57(18.52-18.61)	18.71(18.67-18.76)	
4 o más	14.19(14.16-14.22)	10.77(10.73-10.81)	17.15(17.10-17.19)	
Atención prenatal				< 0.001
Si	97.77(97.76-97.79)	98.63(98.61-98.64)	97.04(97.02-97.06)	
No	2.22(2.20-2.23)	1.36(1.35-1.38)	2.95(2.93-2.97)	
Número de consultas prenatales				<0.001
Ninguna.	2.22(2.20-2.23)	1.36(1.35-1.38)	2.95(2.93-2.97)	
De 1 a 5	23.61(23.57-23.64)	18.21(18.16-18.26)	28.28(28.23-28.33)	
De 6 o más	74.17(74.13-74.20)	80.41(80.37-80.46)	68.76(68.70-68.81)	
Antecedente de hijos nacidos muertos.				<0.001
Si	13.10(13.07-13.13)	14.80(14.75-14.84)	11.62(11.59-11.66)	
No	86.89(86.86-86.92)	85.19(85.15-85.24)	88.37(88.33-88.40)	
Trimestre en el que inicio la primera consulta prenatal				<0.001
Primer trimestre	75.90(75.86-75.94)	81.16(81.11-81.21)	71.34(71.29-71.39)	
Segundo Trimestre	18.30(18.27-18.34)	14.61(14.56-14.65)	21.51(21.47-21.56)	
Tercer trimestre	3.55(3.54-3.57)	2.85(2.83-2.87)	4.17(4.14-4.19)	

Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores.

Cuadro 3. Variables relacionadas con el recién nacido por tipo de parto.

Variable y sus categorías (RN)	Todas las mujeres	Cesárea	Parto vaginal	Valor p
Escala de Apgar				0.000
Normal	98.96(98.95-98.97)	99.14(99.13-99.15)	98.81(98.79-98.82)	
Bajo	0.39(0.38-0.39)	0.41(0.40-0.42)	0.36(0.36-0.37)	
Crítico	0.64(0.63-0.65)	0.43(0.43-0.44)	0.82(0.80-0.83)	
Silverman				0.000
Sin dificultad respiratoria (0)	90.28(90.25-90.30)	88.34(88.31-88.38)	91.99(91.96-92.02)	
Dificultad respiratoria leve (1-3)	8.72(8.69-8.64)	10.57(10.53-10.60)	7.08(7.05-7.11)	
Dificultad respiratoria moderada(4-6)	0.39(0.39-0.40)	0.49(0.48-0.50)	0.30(0.30-0.3)	
Dificultad respiratoria severa (7-10)	0.59(0.59-0.60)	0.58(0.57-0.59)	0.61(0.60-0.62)	
Edad gestacional				0.001
Embarazo a término (37-42 SDG)	93.75(93.73-93.77)	91.22(91.19-91.26)	95.94(95.92-95.97)	
Embarazo pre-término (<= 36 SDG)	6.23(6.21-6.25)	8.75(8.72-8.79)	4.04(4.01-4.06)	
Embarazo post-término (>42 SDG)	0.01(0.010-0.011)	0.01(0.012-0.015)	0.01(0.012-0.015)	
Peso al nacer				0.001
Bajo peso	5.84(5.82-5.86)	7.85(7.81-7.88)	4.10(4.07-4.12)	
Peso normal	71.51(71.47-71.55)	68.59(68.53-68.65)	74.05(74.00-74.10)	
Producto macrosómico >4000 gr.	22.63(22.60-22.67)	23.55(23.50-23.60)	21.84(21.79-21.88)	

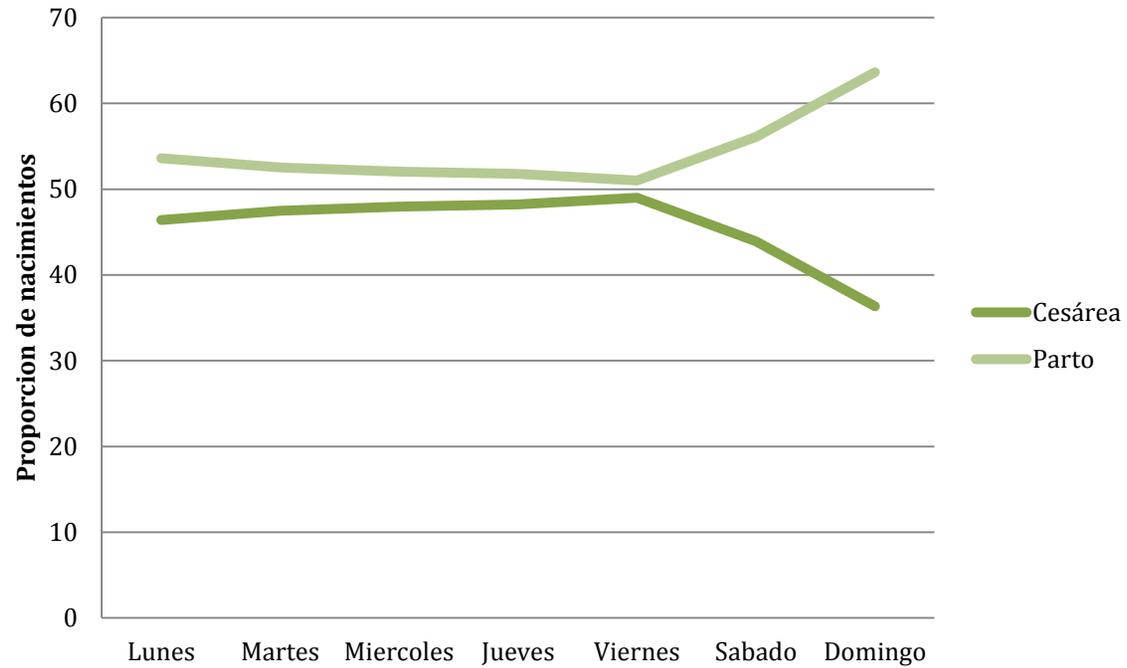
Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgjis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores.

Cuadro 4. Variables relacionadas con los servicios de atención al parto.

Variable	Todas las mujeres	Cesárea	Parto vaginal	P
Personal que atendió el nacimiento				
Médico	98.32(98.31-98.33)	99.69(99.68-99.70)	97.17(97.11-97.15)	0.001
Enfermera, partera o Personal autorizado	1.67(1.66-1.68)	0.30(0.29-0.31)	2.86(2.84-2.86)	
Institución que atendió el nacimiento				
Unidades del Sector Público (SSA)	49.65(49.61-49.61)	36.91(36.85-36.97)	60.69(60.64-60.75)	
Unidades de la Seguridad Social	26.51(26.47-26.54)	24.60(24.54-24.65)	28.19(28.14-28.24)	
Unidades del ISSSTE	1.89(1.88-1.90)	2.81(2.81-2.82)	1.09(1.07-1.10)	
Unidades Privadas	20.67(20.63-20.70)	35.63(35.57-35.69)	7.68(7.65-7.71)	
Vía pública u hogar	0.93(0.92-0.94)	0	1.73(1.71-1.74)	
Otro lugar (no especificado)	0.33(0.32-0.33)	0	0.60(0.59-0.61)	
Día de la semana en que ocurrió el parto.				<0.001
De Lunes a viernes	74.95(74.92-74.99)	77.88(77.83-77.93)	72.41(72.36-72.46)	
Sábado y domingo	25.04(25.00-25.07)	22.11(22.06-22.16)	27.58(27.53-27.63)	
Horario en el que ocurrió el nacimiento				<0.001
Turno matutino 7am-2pm	51.59(51.54-51.63)	52.86(52.80-52.93)	50.26(50.20-50.33)	
Turno vespertino 3pm-8pm	33.21(33.17-33.26)	33.39(33.32-33.45)	33.03(32.97-33.10)	
Turno nocturno 9pm-6am	15.19(15.15-15.22)	13.74(13.69-13.78)	16.69(16.64-16.74)	

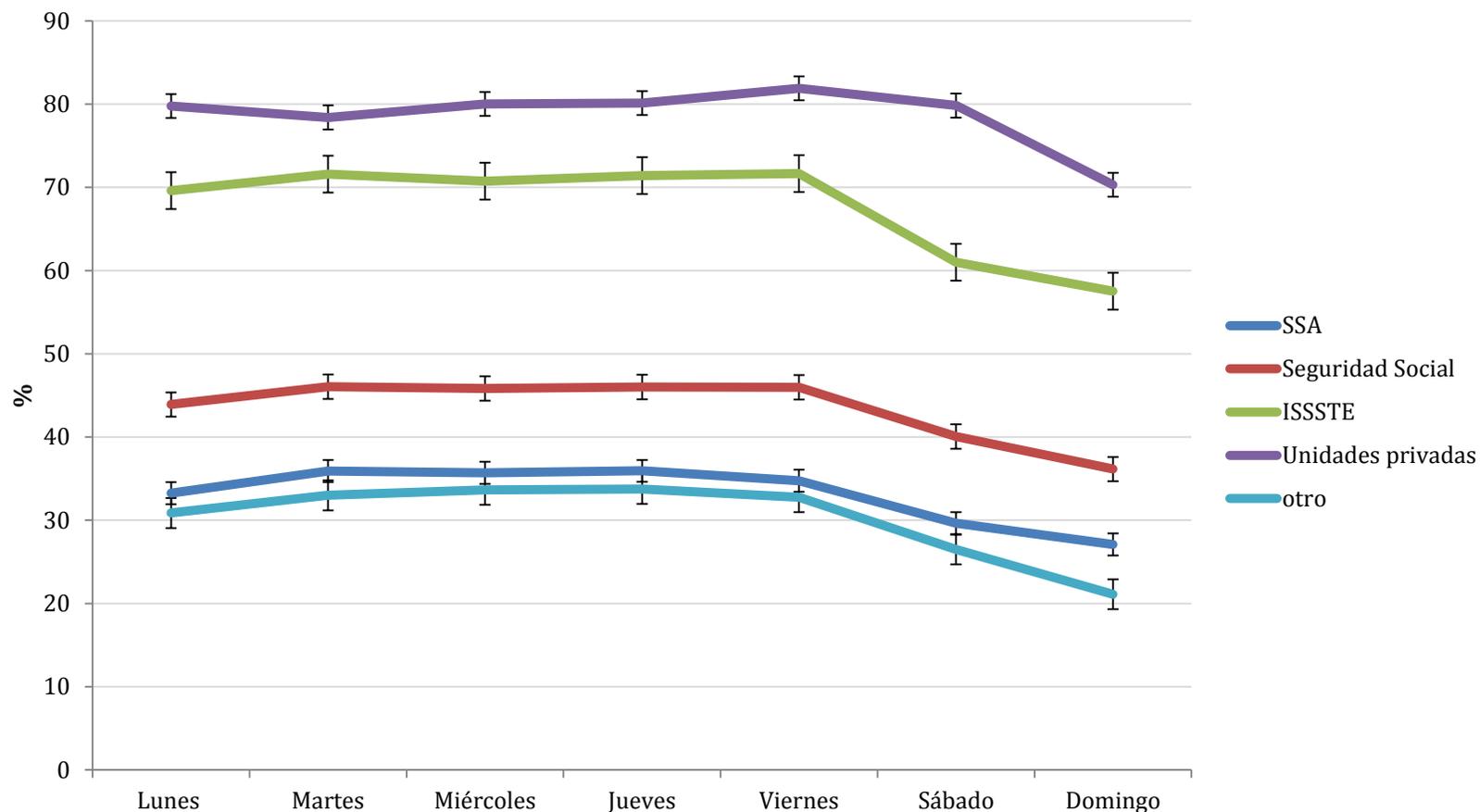
Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores.

Gráfica 3. Nacimientos por procedimiento y días de la semana



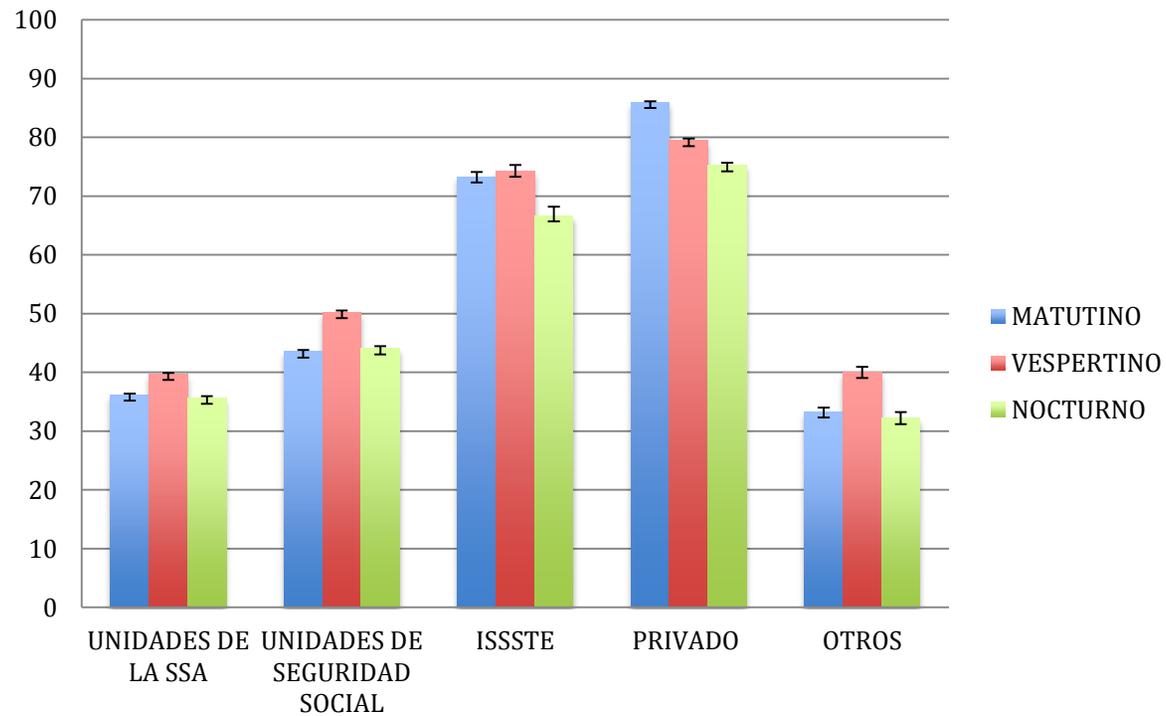
Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores.

Gráfica 4. Distribución de nacimientos por cesárea, en los días de la semana por institución de atención al nacimiento.



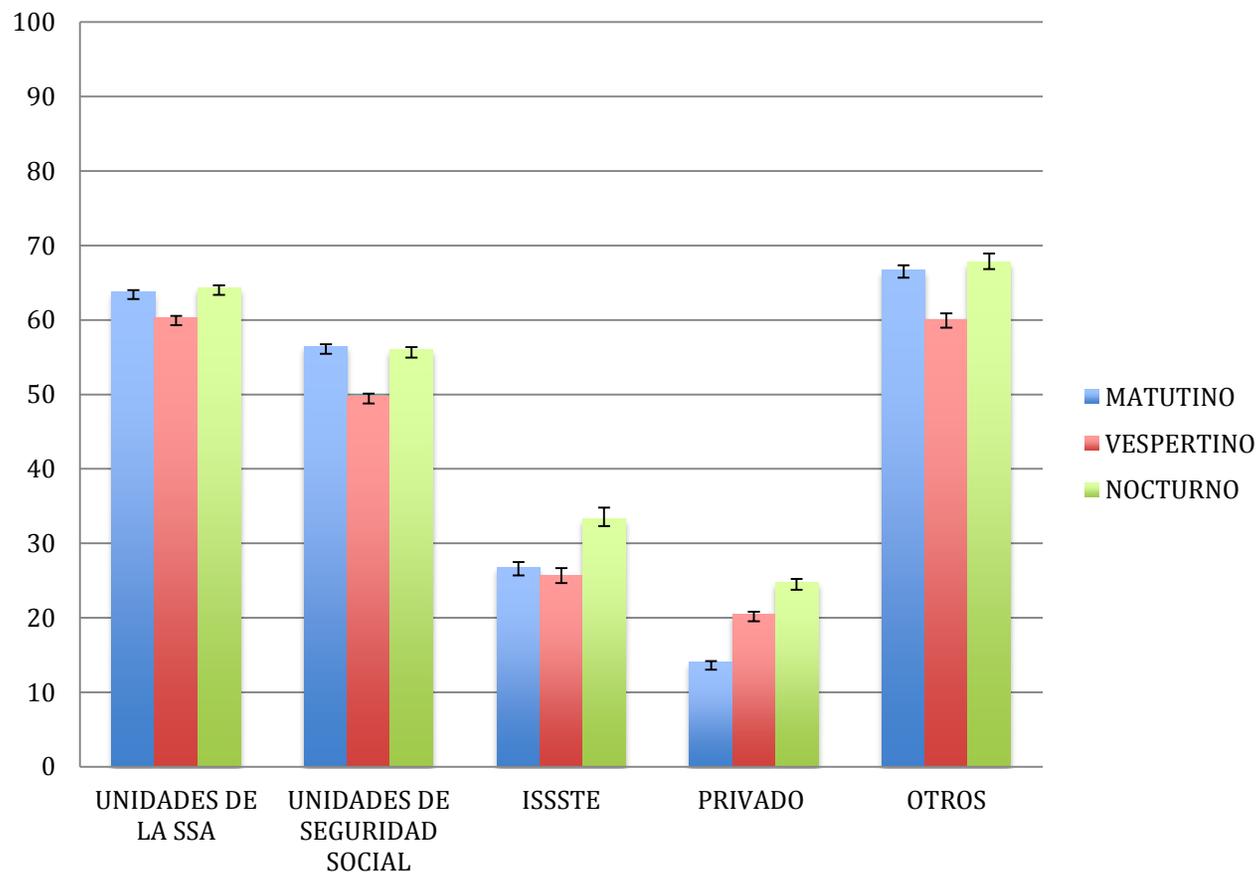
Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores.

Gráfica 5. Distribución de nacimientos por cesárea, en diferentes horarios laborales, de las unidades prestadoras de servicios de atención al parto



Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores.

Gráfica 6. Distribución de nacimientos por parto, en los diferentes horarios laborales, por institución prestadora de servicios de atención al parto.



Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores.

Cuadro 5. Factores asociados a la modalidad de atención del parto en instituciones de salud de México Variables posiblemente asociadas a la ocurrencia de cesárea.+++

Variable	RM	IC 95%	
Grupo de edad (Ref. menores de 15 años)			
45 años o más	1.61	1.52	1.72
20 a 44 años	1.04	1.02	1.06
15 a 19 años	0.77	0.76	0.79
Escolaridad(Ref. Ningún grado de escolaridad)			
Primaria completa o incompleta	1.25	1.23	1.27
Secundaria completa o incompleta	1.32	1.30	1.34
Bachillerato o técnica	1.46	1.44	1.48
Profesional o postgrado	1.82	1,80	1.85
Derechohabiencia (Ref. ninguno)			
Seguridad social(IMSS, SEDENA, SEMAR, PEMEX)	1.56	1.55	1.58
ISSSTE	1.36	1.33	1.40
Seguro Popular	0.91	0.91	0.92
Otro tipo de aseguramiento	1.30	1.28	1.32
Ocupación (No ocupado)			
Estudiante o ama de casa	0.95	0.94	0.96
Directores y gerentes	1.37	1.34	1.40
Profesionales científicos e intelectuales	1.31	1.29	1.33
Técnicos y profesionales de nivel medio	1.25	1.24	1.27
Ocupaciones elementales, oficios, trabajadores de servicios domésticos	1.00	0.99	1.21
Otro	0.85	0.81	0.90
Número total de consultas prenatales recibidas (Ref. ninguna)			
de 1 a 5 consultas	1.24	1.23	1.26
De 6 o más consultas	1.63	1.61	1.65
Personal que atendió el nacimiento (Ref. Médico)			
Enfermera o partera	0.43	0.41	0.44

Cuadro 5. Continuación.

Lugar donde ocurrió el nacimiento (unidades de la seguridad social)			
Unidades del sector público	1.26	1.25	1.27
Otras unidades	1.12	1.10	1.14
Unidades del ISSSTE			
Unidades Privadas	2.50	2.43	2.58
	6.85	6.79	6.90
Días de la semana (Ref. fin de semana)			
Lunes a viernes.	1.34	1.33	1.34
Horarios de trabajo (Ref. Nocturno 10pm-6am)			
Matutino	1.59	1.58	1.59
Vespertino	1.71	1.71	1.72
Escala de APGAR (Ref. APGAR normal)			
Bajo	1.28	1.23	1.34
Normal	1.39	1.35	1.43
Escala de Silverman (Ref. Dificultad respiratoria severa)			
Sin dificultad respiratoria	1.08	1.06	1.11
Dificultad respiratoria leve	1.49	1.45	1.53
Dificultad respiratoria moderada	1.33	1.28	1.39
Peso al nacer (Ref. bajo peso)			
Peso normal	0.67	0.67	0.68
Producto con peso mayor de 4000gr.	0.86	0.86	0.87
Edad gestacional (Ref. bajo pretérmino)			
Embarazo a término	0.44	0.44	0.45
Embarazo Post-término	1.05	0.88	1.25

+++ Fuente: Dirección General de Información en salud. Bases de datos nacidos vivos ocurridos-certificado de nacimiento SINAC. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_nacimientos.html. Elaboración propia de los autores. Modelo de regresión ajustado por entidad federativa y por cada año de estudio. Log likelihood = -3138560.7; McFadden's R² 0.153; Akaike (AIC) 1.169.

Referencias

1. González-Pérez GJ V-LM, Cabrera-Piraval CE. . Césareas en México: Aspectos sociales económicos y epidemiológicos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Mexico DF 2011.
2. Pública. INdS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad Federativa 2012. ISBN 978-607-511-101-8 México DF. 2012.
3. OMS;. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Disponible en: http://appswho.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spapdf. 2014;Fecha de última consulta 15 de mayo del 2016.
4. Puentes-Rosas E G-DO, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. salud Publica Mex. 2004;46:16-22.
5. Pública INdS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales 2012 2012.
6. Instantaneas. Tasa de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. . Revista Panamericana de Salud Pública 2007;21(4):Disponible en: .
7. Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. Cadernos de saude publica. 2008;24(12):2909-18.
8. Desempeño. SdSDGdEd. Observatorio del desempeño hospitalario 2011. Secretaría de salud 2012.
9. Gonzalez-Perez GJ, Vega-Lopez MG, Cabrera-Pivaral C, Munoz A, Valle A. Caesarean sections in Mexico: are there too many? Health Policy Plan. 2001;16(1):62-7.
10. Social. IMdS. Impacto financiero de los partos por cesárea. En: Dirección de finanzas. Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales. 2009:46.
11. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama Ade S, et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Cadernos de saude publica. 2006;22(10):2067-78.
12. Mitler LK, Rizzo JA, Horwitz SM. Physician gender and cesarean sections. Journal of clinical epidemiology. 2000;53(10):1030-5.
13. Campero L HB, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. salud Publica Mex. 2007;49:118-25.
14. Muñoz-Enciso JM RAE, Dominguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. . Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79(2):67-74.
15. LA. V-E. Operación cesárea: una perspectiva integral. Revista de la facultad de medicina. 2004;47(6):246-50.
16. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. Bmj. 2000;321(7275):1501-5.
17. Nápoles-Méndez D P-P. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. . Medisan. 2012;16(10):1579-92.

18. Marie-Jocelyne Martel M, FRCSC, Saskatoon SK, Catherine Jane MacKinnon, MD, FRCSC, Brantford ON. Guidelines for vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. 2005;155.
19. Salud. CNdETeSSd. Parto después de una cesárea. Evidencias y Recomendaciones. Catalogo de guías de práctica clínica: IMSS-605-13. Secretaría de salud. 2013.
20. Heredia-Pi I S-ME, Wirtz VJ, Avila-Burgos L, Lozano R. Obstetric Care and Method of Delivery in Mexico: Results from the 2012 National Health and Nutrition Survey. PLoS ONE. 2014;9.(8).
21. Rio I, Castello A, Barona C, Jane M, Mas R, Rebagliato M, et al. Caesarean section rates in immigrant and native women in Spain: the importance of geographical origin and type of hospital for delivery. Eur J Public Health. 2010;20(5):524-9.
22. Frkovic A, Boskovic Z. [Caesarean section on request because of labor pain--bioethical and legal views]. Acta medica Croatica : casopis Hrvatske akademije medicinskih znanosti. 2010;64(1):25-32.
23. Signore C KM. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. Clin Perinatol. 2008;35(2):1-11.
24. Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. Obstetrics and gynecology. 1993;81(3):392-5.
25. Social IMdS. Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales. Coordinación de Administracion de Riesgos Institucionales 2009.
26. Zupancic JA. The economics of elective cesarean section. Clin Perinatol. 2008;35(3):591-9, xii.
27. organizations. JCoah. A comprehensive review of development and testing for national implementation of hospital core measures. . Disponible en: http://wwwjointcommissionorg/assets/1/18/a_comprehensive_review_of_development_f_or_core_measurespdf.
28. Julian Libroero SP, Ana Belda, Julia Calabuig. . Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. . Rev Esp Salud Pública. 2014;88:315-26.
29. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. 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 medicine. 2010;8:71.
30. Trabajo. Old. Clasificación internacional Uniforme de ocupaciones. . Disponible en: <http://wwwiloorg/public/spanish/bureau/stat/isco/> 2015.
31. Federación. DOdi. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y perperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en:. 1995.
32. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demografica (ENADID). . Instituto Nacional de Estadística y geografía disponible en: <http://wwwinegiorgmx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/>. 2014;Fecha de ultima consulta: 20 de Julio del 2016.

33. Stanton CK DD, De Brouwere V, Pujades M, Ronsmans C. Reliability of data on cesarean sections in developing countries. *Bull World Health Organ. Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83:449-55.
34. Althabe F, Belizan JM. Cesarean section: the paradox. *Lancet*. 2006;368(9546):1472-3.
35. INEGI. Distribución de la población por tamaño de localidad y su relación con el medio ambiente. . Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas, INEGI. 2010.
36. Karlstrom A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth--few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2011;27(5):620-7.
37. Obstetricia. SEdGy. Protocolos asistenciales en obstetricia. Acretismo placentario. proSEGO. 2012.
38. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología AC. Cesárea, Reflexionar para decidir mejor. *Boletín Informativo*. 2016;12.
39. Farland. L. The use and overuse of cesarean sections in México. *Mujeres Enlazadas/Aliadas Intern*. 2010.
40. Karen Elizabeth Goodall CM, and Michelle Magill. Birth choice following primary Caesarean section: mothers' perceptions of the influence of health professionals on decision-making. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009;27(1):4-14.
41. E. LL. Validación de la información obtenida de los certificados de nacimiento en el Hospital General de Guanajuato. Tesis en Bioestadística y Sistemas de Información, Modalidad virtual 2011.

Artículo 2.

Factores no clínicos relacionados con la práctica de cesárea en dos hospitales del estado de Morelos: un análisis desde la perspectiva del personal médico ginecologista

Resumen

Introducción: La evidencia disponible sugiere que existen factores no clínicos que se relacionan con una mayor atención del nacimiento por cesárea, apuntando a que las características socioeconómicas de las mujeres, factores inherentes al sistema de salud y la deontología de los prestadores de servicios médicos juegan un papel fundamental en la realización de cirugías, sin justificación clínica clara.

Objetivo: Explorar los elementos no clínicos que influyen en la decisión de realizar una cesárea, la opinión acerca de la cesárea por petición materna, así como las implicaciones de la práctica injustificada del procedimiento en la calidad de la atención, desde la perspectiva de los prestadores de servicios médicos.

Métodos: Estudio cualitativo desde una perspectiva fenomenológica, realizada en dos hospitales públicos del estado de Morelos. La recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, audiograbadas y transcritas a 11 ginecologistas, en dos hospitales de los Servicios de Salud de Morelos. Se llevó a cabo un análisis de discurso de la información, con un enfoque hermenéutico-interpretativo, estableciendo relaciones entre las diferentes categorías analíticas.

Resultados: se encontró que a pesar del conocimiento por parte de los participantes acerca de los riesgos que conlleva la cesárea, en ocasiones, ellos realizan el procedimiento sin justificación clínica clara siendo: el temor a demandas, la búsqueda de una mejor remuneración económica y la comodidad en el manejo de horarios, elementos decisivos para optar por atender un nacimiento por vía abdominal, en estas circunstancias. Así mismo, se evidenció un trato diferencial hacia las mujeres atendidas en el sector público, en comparación con aquellas atendidas en el sector privado, ante un mismo prestador de servicios, contribuyendo a una práctica del procedimiento inequitativa.

Conclusiones: Se requiere de más investigación que documente y describa el proceso de consentimiento informado que los ginecoobstétricos siguen con las embarazadas durante el control prenatal, específicamente en lo relacionado con la elección del método de atención al nacimiento, así como los procesos de toma de decisiones médico-mujer gestante sobre todo en el sector privado. Por otra parte se sugiere implementar estrategias de capacitación al personal médico para promover el correcto uso del consentimiento informado, explicando de forma clara y detallada a toda mujer embarazada, los riesgos y beneficios de la cesárea. Es importante tomar en cuenta la incorporación de personal de apoyo; como enfermeras especialistas en ginecobstetricia o parteras calificadas, que colaboren en la vigilancia de la labor de parto, en hospitales con personal de salud capacitado insuficiente, entre otros mecanismos, que contribuyan a la mejora de la calidad de la atención al parto y con ello lograr la práctica de la cesárea sólo a aquellas embarazadas que lo necesiten.

Introducción

Es diversa la evidencia que sustenta que la operación cesárea (OC) es un procedimiento que se practica cada vez con mayor frecuencia, siendo México uno de los países que más nacimientos atiende por vía quirúrgica, a nivel mundial. (16) Derivado de las altas tasas de cesáreas reportadas en las últimas décadas, estudios previos sustentan que el incremento sostenido de la cesárea se relaciona con dimensiones sociales que distan de las condiciones clínicas de riesgo del binomio madre-hijo, tales como las condiciones de vida que rodean a la mujer embarazada y sus antecedentes obstétricos (16), sus preferencias sobre el tipo de parto o modalidad de atención, las características inherentes del sistema de salud y la deontología de los prestadores de servicios médicos (11, 17), factores que al interactuar, influyen en la decisión de atender un nacimiento mediante cesárea. (20)

Los factores no clínicos relacionados con la práctica de la OC se expresan a través de interacciones entre características de la oferta y la demanda de servicios médicos, para la atención del embarazo y el parto. Entre los elementos relacionados con la oferta podemos citar una mayor práctica de cesárea por parte de ginecoobstetras varones

(21), mayores incentivos en partos atendidos por cesárea, sobre todo en el sector privado, que se relacionan generalmente con una mayor remuneración económica, mientras que en el sector público los incentivos son de otra índole, como la práctica de una medicina defensiva ante el aumento de demandas judiciales, por mal resultado neonatal, así como la comodidad del médico que, optando por la cesárea, realiza el procedimiento de manera más rápida, controlada y en horarios hábiles acordes con su turno laboral , evitando así las largas horas de espera que puede llegar a tener un parto vía vaginal.(23)

Otro factor relacionado tiene que ver con prácticas quirúrgicas que llegan a convertirse en normas rígidas, difíciles de modificar o flexibilizar, como la indicación inequívoca de un nacimiento por vía abdominal, ante la historia de una cesárea previa, condicionado por un criterio clínico muy prevaleciente, basado en el concepto de que después de una primera cesárea procede la realización de otra. Sin embargo, la evidencia disponible en la actualidad aporta criterios muy específicos que identifican a aquellas gestantes en las que, bajo estrecha vigilancia, se puede intentar un parto vaginal, a pesar de este antecedente. (16) (25)

Entre otros factores que promueven esta práctica, señalados en la literatura, está el ser médico con más de 10 años de servicios en obstetricia y ginecología y responsable de la enseñanza de los estudiantes de esta especialidad, así como la percepción de los prestadores de servicios de que la OC es un procedimiento más seguro que el parto vaginal; el sobre uso de la tecnología disponible (como el monitoreo cardíaco fetal con tococardiógrafo) y la disminución en las habilidades de los obstetras para responder a la atención de un parto vaginal. (16) (17) (22) Se ha documentado también que los horarios de admisión al servicio médico, las horas que lleva el médico laborando y la duración del trabajo de parto influyen en la decisión de realizar una cesárea.

Como factores relacionados con la demanda podemos mencionar las características sociodemográficas, económicas, laborales, de nivel educativo y antecedentes obstétricos de las propias mujeres, que establecen un patrón diferencial para la

realización de cesárea entre los diferentes perfiles de la población femenina. Estimaciones de dos encuestas recientes en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID 2014), revelan que la mayor proporción de cesáreas electivas, se observa en mujeres que se atienden en el sector privado, mujeres con más años de escolaridad, con un nivel socioeconómico más alto y que residen en poblaciones de más de 15 mil habitantes y en el área metropolitana; primíparas en edades entre 12 a 19 años y mayores de 35 años, habitantes de zonas urbanas. (3) (6) (7) (8) Por el caso contrario, los nacimientos por vía vaginal, acontecen en su mayoría en mujeres procedentes de localidades de menos de 15 mil habitantes. (8)

Sin embargo, otro elemento a considerar desde la perspectiva de las usuarias es el porcentaje de cesáreas que son solicitadas por la propia mujer. Esta práctica ha sido nombrada como “cesárea por petición de la madre” (CPM), término que fue adoptado en el 2006 por los National Institutes of Health State (NIH) y se refiere a la solicitud de la mujer a ser atendida a través de una cesárea, sin que exista indicación clínica de riesgo, relacionada con la madre o con el producto, y sin evidencia de que la realización del procedimiento mejore la salud de ambos. (44)

Al respecto, algunos autores han documentado que la cesárea por solicitud de la madre, participa en el incremento de esta práctica, aunque no se sabe con precisión en qué proporción. Se estima que entre el 4 y 18% de los nacimientos atendidos por OC en Estados Unidos fueron por solicitud de la madre (45), sin embargo, en el contexto sociocultural de los países de medianos y bajos ingresos y, en particular de los países latinoamericanos, existe poca evidencia que permita documentar en qué medida participa la mujer en la decisión de resolver su embarazo mediante cesárea, ya que la elección de la mujer aun no es ampliamente reconocida como una indicación de cesárea en este contexto. (46) (15) (47) (48)

Entre las razones vinculadas con la solicitud de una OC por parte de la mujer, se encuentran algunas centradas en el temor al dolor del parto vaginal y a las probables

secuelas que conlleva un parto fisiológico, como el prolapso del piso pélvico, incontinencia fecal o urinaria y efectos adversos en la vida sexual. (49) (50) (46)

En este sentido, cobran relevancia los aspectos éticos y deontológicos que circundan a la decisión de resolver un embarazo por cesárea, bajo este hecho parte de la comunidad médica se manifiesta a favor de la “Cesárea a petición de la madre”(51) y defiende la autonomía de la mujer, (52) lo que contribuye al empoderamiento de ella. (53) (54) (55) (56)

Sin embargo, para ejercer la autonomía, es importante considerar que la interacción entre el médico y la mujer gestante se desarrolle bajo un consentimiento informado, estrictamente detallado, incluyendo las posibilidades terapéuticas, con la explicación de los riesgos y los beneficios para poder hacer recomendaciones, sobre todo cuando no hay una indicación clínica clara y el parto vaginal es viable. (57) En este sentido, la toma de decisiones debe ser sin influencia de ningún tipo e independiente de factores externos, tales como la manipulación y conveniencia o intereses médicos, legales y/o financieros. (51) (58)

Dados los riesgos que conlleva la cesárea, tanto para la mujer como para su hijo, cuando se realiza en ausencia de criterios clínicos que soporten su práctica, así como la carga financiera que esta práctica representa para el sistema de salud, algunos autores sustentan que no es ético realizar una cesárea sin justificación clínica. Por lo que la recomendación es, primero explorar, como parte del consentimiento informado, la razón de la mujer para solicitar una cesárea, ya que a menudo las preocupaciones principales de la solicitud podrían ser disipadas, ofreciendo adecuada información sobre los riesgos y beneficios, y con ello evitarse el procedimiento y contribuir, en parte, a mejorar la calidad de la atención al parto. (45)

En México no se cuenta con suficiente evidencia dentro de las instituciones públicas y privadas sobre los factores no clínicos asociados a la decisión de realizar una cesárea, relacionados con la oferta o la perspectiva del prestador, las razones del personal

médico en la elección de esta vía de atención al parto, el momento y condiciones dentro de la evolución del embarazo en que se decide el procedimiento, así como la influencia de las características de las usuarias, del personal de salud y de las instituciones médicas, sobre la decisión de realizar una cesárea. Por ello, este estudio se propuso explorar los elementos no clínicos que influyen en la decisión de realizar una cesárea, la opinión acerca de la cesárea por petición materna, así como las implicaciones de la práctica injustificada del procedimiento en la calidad de la atención, desde la perspectiva de los prestadores de servicios médicos.

Material y Métodos

Se diseñó un estudio cualitativo con el fin de explorar y analizar las percepciones y preferencias que los prestadores de servicios médicos, con especialidad en ginecología y obstetricia, tienen sobre la sugerencia y aceptación del procedimiento de cesárea, como modalidad de atención al parto.

El estudio se llevó a cabo desde una perspectiva fenomenológica, la cual es una corriente sociológica centrada en la experiencia personal que cada individuo tiene de su realidad. En otras palabras, la fenomenología es útil para comprender los significados que los individuos construyen a partir de sus experiencias, lo cual se refleja en su discurso. (59)

Lugar del estudio: el estudio se realizó en dos hospitales públicos pertenecientes a la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud del Estado de Morelos, uno de ellos ubicado en el municipio de Jojutla de Juárez y el otro ubicado en el municipio de Axochiapan, ambos en el estado de Morelos, México. La selección de los nosocomios antes mencionados se realizó bajo el criterio de casos extremos, eligiendo el Hospital General de Jojutla (HG-J) por ser el hospital que más nacimientos por cesárea realiza, de acuerdo a las estadísticas disponibles, y el Hospital General de Axochiapan (HG-A), por ser el hospital que con menor frecuencia realiza el procedimiento, entre las unidades hospitalarias pertenecientes a los Servicios de Salud de Morelos.

Se llevó a cabo una selección de informantes por criterio. Los responsables de la Jefatura de Enseñanza de cada uno de los hospitales fueron quienes invitaron a participar en el estudio al personal médico ginecoobstetra que cumpliera con los siguientes criterios: sexo indistinto, perfil profesional de ginecoobstetría, especialistas y subespecialistas que laboraran en el departamento de ginecobstetricia de las unidades médicas participantes y que además tuvieran:

- Al menos 2 años laborando en ese hospital y área de atención al parto.
- Que laboraran en los diferentes turnos disponibles en el hospital.
- Que hubieran atendido partos por vía abdominal durante el año previo al estudio.
- Que aceptaran participar en el estudio.

La recolección de la información fue realizada mediante entrevistas semi-estructuradas. El número de entrevistas aplicadas fue determinado por la cantidad de personal dispuesto a participar en el estudio, en cada una de las unidades participantes. Las entrevistas exploraron características individuales sociodemográficas, experiencia profesional y otras, propias de la práctica médica, así como percepciones y preferencias sobre la atención del parto por cesárea.

Cada entrevista fue audiograbada y transcrita en Word®, posteriormente se definieron las categorías analíticas que nos permitieron organizar la información con el apoyo del programa Atlas.TI® versión 7.1. Se llevó a cabo un análisis de discurso de la información, con un enfoque hermenéutico-interpretativo, estableciendo relaciones entre las diferentes categorías analíticas. (60)

Las categorías de análisis establecidas fueron las siguientes:

- ✓ **Características generales:** Esta categoría de análisis hace referencia a la información sociodemográfica del informante como edad, género, especialidad, subespecialidad, años de servicio, otras responsabilidades dentro del nosocomio, docencia, personal a su cargo, turno en el que labora habitualmente,

número de horas que labora y si labora en otra institución, además del hospital público.

- ✓ **Percepción y preferencias.** Esta categoría incluyó las consideraciones éticas hacia realizar una OC, sin justificación clínica. Así mismo, se exploraron las opiniones sobre el hecho de que sea la mujer quien solicita ser sometida a una OC, las preferencias sobre las diferentes modalidades de atención del parto y razones por las cuales realiza uno u otro procedimiento con mayor o menor frecuencia, según el caso.
- ✓ **Prácticas clínicas.** En esta categoría de análisis se exploraron elementos relacionados con el apego a guías de práctica clínica, solicitud de segunda opinión al momento de decidir realizar una cesárea, forma en la que realiza el consentimiento informado, verbal y escrito, elementos que resalta en la explicación a la mujer para realizar una cesárea y se indagó de qué manera procede clínicamente ante la solicitud de una cesárea por parte de la mujer.
- ✓ **Calidad de la atención:** explora los componentes sobre la infraestructura e insumos con los que cuenta la unidad médica donde el médico ginecobstetra presta sus servicios. Por otra parte explora si los procesos para la toma de decisiones acerca de resolver un embarazo mediante cesárea son los adecuados y apegados a normas oficiales o guías de práctica clínica.

Resultados

Características de los hospitales seleccionados

HG-J. Es un hospital que ofrece servicios de segundo nivel de atención desde hace 27 años, en la región sur del estado de Morelos, atendiendo a poco más de 230 mil habitantes de la población abierta y beneficiarios del Seguro Popular, provenientes de seis municipios aledaños. El hospital cuenta con 60 camas censables. El servicio de ginecoobstetría, cuenta con 13 ginecoobstetras que prestan sus servicios en los diferentes turnos laborales, cubriendo las 24 horas del día, los 365 días del año. Este hospital cuenta con la unidad de cuidados intensivos neonatales más grande del estado

y hace la función de recepción de mujeres con emergencias obstétricas, provenientes de más de 10 municipios, incluyendo algunos del estado de Guerrero.

HG-A. Este hospital ofrece servicios de segundo nivel de atención desde hace más de 24 años, en la región sureste del estado de Morelos, atendiendo a población abierta y beneficiaria del Seguro Popular, proveniente de cinco municipios aledaños y de algunos municipios del estado de Puebla. El HG-A, cuenta con 30 camas censables, en el hospital laboran cinco ginecoobstetras que prestan servicios en los diferentes turnos laborales. La demanda por los servicios de atención al parto es apoyada por médicos generales y estudiantes de medicina, que se encuentren realizando su servicio social o internado en ese momento. La unidad cuenta con un quirófano para todos los servicios médicos que oferta el hospital y que requieran de procedimientos que se practican en esta sala. Derivado de la escases de recurso humano y de que sólo hay un quirófano, el hospital refiere las mujeres con emergencias obstétricas y cesáreas de emergencia, que llegan a demandar atención, a los hospitales generales aledaños; ubicados en los municipios de Cuautla, Yautepec, Jonacatepec y Puebla.

Características de los participantes

Se entrevistaron a 11 ginecoobstetras de los cuales siete fueron del HG-J y cuatro del HG-A, de ellos, ocho son hombres y tres mujeres. En el cuadro 1 se muestran las características generales de los participantes; las edades de los entrevistados, así como los años de experiencia. Todos los informantes contaban con especialidad en ginecología y obstetricia y la mayoría de ellos con diplomados y diferentes cursos de actualización, relacionados con la atención del parto.

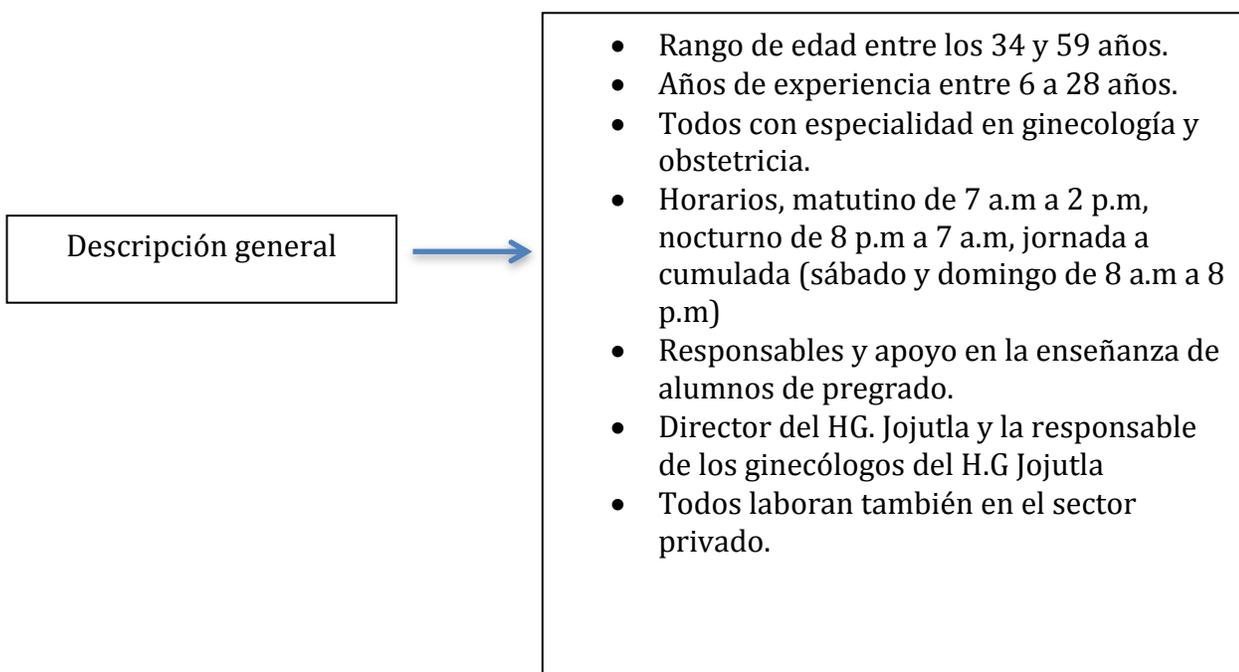
Los horarios laborales en los que los entrevistados desempeñan sus actividades, son fijos para los participantes del HGJ. En este hospital se entrevistaron a médicos que laboran de lunes a viernes, en turnos matutinos, vespertinos y nocturnos, así como médicos que atienden en la jornada acumulada de fin de semana, los días sábado y

domingo de 8am a 8pm. El escenario en el HGA, en esta categoría, fue distinto ya que los 5 médicos ginecólogos disponibles, no eran suficientes para atender todas las áreas del servicio de ginecobstetricia, por lo que las jornadas laborales de los ginecólogos son de lunes a viernes de 8am a 2pm, la jornada vespertina es de 2:30pm a 8am y los fines de semana y días festivos el horario de labor es de 8am a 8pm, para estos días la jornada nocturna de 8pm a 8am es cubierta por otro ginecoobstétra. Cabe mencionar que cuando el médico en turno se encuentra ocupado, son los médicos generales, estudiantes de medicina y un médico cirujano brindan apoyo en la atención al parto.

Entre los ginecoobstétricas que refieren tener, adicionalmente, actividades distintas de la atención al parto, se entrevistó al asistente de la subdirección del HG-A, al director y a la responsable del servicio de ginecobstetricia del HG-J. Los 11 participantes refirieron ser responsables o apoyo, en la docencia, de los residentes y estudiantes de medicina, además de prestar sus servicios médicos y de atención al parto también en el sector privado.

Percepciones y preferencias

Cuadro 1. Características generales de los participantes



3.1 Consideraciones éticas, sobre realizar una cesárea sin una justificación clínica.

Sobre este tema se identificaron percepciones diversas, nueve de los 11 participantes, respondieron no considerar ético practicar una OC sin justificación clínica, mientras que los dos participantes restantes, respondieron de manera ambigua comentando la pertinencia de tomar las particularidades de cada caso. Sin embargo, el 100% de los entrevistados, admite haber realizado el procedimiento sin justificación clínica. Bajo este hecho, es importante mencionar que el mismo participante justifica esta práctica, de manera diferencial, entre las mujeres que atiende en el sector privado y las mujeres atendidas en el sector público. En el primero, la explicación descansa en la sugerencia del procedimiento por parte del médico, ante indicaciones relativas, resaltando la importancia de minimizar el riesgo de complicaciones que podrían aparecer si el parto acontece por vía vaginal, por lo que la mujer opta por la OC. En este sentido, los participantes enfatizan la importancia de respetar la decisión de la mujer, cuando ella solicita atender su parto por cesárea.

En el sector público, por otra parte, la decisión de realizar la OC sin justificación clínica, en su mayoría es calificada como producto de la exigencia de las mujeres, que pueden llegar a ser, en algunos casos, agresivas y además como resultado de la alta frecuencia en la que, los médicos, reciben amenazas de orden legal. En algunos casos, la práctica del procedimiento es por preferencia y comodidad del prestador, sobre todo en el turno nocturno de la jornada acumulada.

“Le digo que es relativa la cuestión ética, en ese sentido, porque finalmente tenemos también que ver, cuáles son los derechos de los pacientes ¿no? y tomarlos en cuenta, desafortunadamente estos aspectos no están normados y ante ello podría calificarse como mala praxis.” G2-Jojutla

“...tenemos otro punto en contra que son todos los procedimientos legales que se han incrementado últimamente y en los cuales, han tenido participación y repercusión directa sobre los trabajadores entonces, de pronto es una cuestión que se ha venido modificando con el tiempo, que no está escrita en los libros, pero que finalmente abandera el comportamiento de los médicos actualmente... la paciente pone una queja

y a mí me llega la queja, de por qué no se le operó cuando la paciente no quiere tener un parto, entonces tú así ¿como actúas?.” G2-Jojutla

3.2 Opinión sobre la cesárea por petición de la mujer

De acuerdo a la información obtenida en esta categoría de análisis cinco participantes declararon no estar de acuerdo, en que la mujer decida tener una OC sin indicación clínica, seis de los participantes refirieron apoyar el derecho de la mujer a elegir el tipo de parto. Sin embargo, todos coinciden en realizar una OC ante la insistencia de la mujer por tener una cesárea, sobre todo en el sector privado, haciendo hincapié en proporcionar información detallada en la atención prenatal sobre los riesgos que conlleva la cirugía, ya que todos los participantes coinciden en que la petición materna de una OC, es algo que no está normado y que la práctica de dicho procedimiento sin justificación clínica somete a la mujer a un mayor riesgo a corto y largo plazo, en comparación con el que conlleva un parto vaginal.

El escenario fue distinto cuando los participantes se refirieron a las mujeres que atienden en el sector público, pues ante la petición de la mujer por una OC, ellos coinciden que explican a la mujer que la cesárea tiene sus indicaciones absolutas y que si no es su caso, entonces no tienen por qué ser sometidas a cesárea.

“Yo creo que así como los derechos de la mujer han venido a establecerse con mayor complejidad, digamos así, yo creo que también es un derecho de la mujer que pueda decidir sobre su cuerpo, sin embargo, el hecho de que se exponga a una mujer a un riesgo quirúrgico sólo porque ella lo pide, yo no creo que sea ético para nosotros como ginecoobstetras.” G5-Jojutla

“Entonces en la privada no hay tanto problema. Yo creo que las mujeres tienen derecho a decidir si quieren parto o quieren cesárea. Yo sí estoy de acuerdo en eso, sin embargo, en la institución[se refiere a la SSA], no está establecido que la mujer sea quien decida, entonces aquí sí las dejamos para parto.”G4-Jojutla

3.3 Percepción sobre la preferencia del tipo de parto

Lo común frente a la expresión de su preferencia fue que si no hay indicación que diga lo contrario, lo mejor es un parto vaginal; de manera general se consideró la pertinencia de tomar en cuenta a cada mujer como un caso particular, y resolver el embarazo con

el procedimiento que sus características clínicas lo requieran. Sin embargo, algunos participantes refieren mayor comodidad para sí mismos al realizar una OC, sobre todo en el manejo de sus horarios (principalmente en el sector privado). Mientras que en el sector público las razones expuestas para preferir realizar una cesárea antes que un parto vaginal son la protección ante el temor de las demandas jurídicas y mayor tiempo de descanso.

“Cada paciente va a ser un panorama diferente y yo creo que prácticamente el aumento de la cesárea es para disminuir, por una parte la morbi-mortalidad materno fetal y yo creo que el segundo aspecto es también, a veces, como protección médico legal, para mí esos serían, esos dos motivos.” G7-Jojutla

“Porque yo la programo, o sea si ella ya cumplió las 38 semanas y ella quiere [la cesárea], yo le digo -¿sabe qué señora? La veo a las 8 a.m tal día-. Y ya llamo a mi equipo y yo en dos horas, ya me desocupé. Y en cambio una paciente en trabajo de parto, a mí en lo personal, me quita días. Le digo, para nosotros es más cómodo, sinceramente y no creo que yo sea la única que lo hace, por eso, creo que la mayoría por eso, realiza más cesárea. Y la verdad es que si uno no las quiere operar, la paciente se va con otro médico.” G4-Jojlutla

“Hay compañeras que por irse a descansar desde que llegan [dicen] -suspende las conducciones que haya y- dice -prepáramelas a todas! van para cesárea-. Entonces en la noche hay una doctora específicamente después de nuestra guardia [Jornada acumulada sábado y domingo de 8 a.m a 8 p.m], que llega y ya a todas las pasa a cesárea, casi no hay partos en esa guardia...En la noche de la jornada, la que sigue de nosotras, yo salgo y entra ella y dice -cancélame las conducciones, prepáramelas a todas- y así sin revisarlas, sin preguntar y las opera a todas.” G3-Jojutla.

Prácticas clínicas

En esta categoría de análisis se exploraron algunos elementos relacionados con las prácticas clínicas, los hallazgos encontrados para algunas subcategorías de análisis concuerdan en ambos hospitales, por lo que se presentan en una sola columna, sin embargo en otras subcategorías, los argumentos son distintos por hospital, por lo que se presentan en dos columnas y en la subcategoría que explora las razones por las que una mujer solicita OC, se presentan tres columnas debido a la diferencia entre hospitales y específicamente en el HG-J, entre sector público y privado.

Subcategoría	Resultados		Testimonios
	HG-J	HG-A	
Segunda opinión para realizar OC	No se hace como actividad rutinaria, algunas veces debido a la excesiva demanda de la atención, cuando se realiza es sólo en casos donde hay dudas sobre el diagnóstico, consultando al segundo ginecoobstetra en turno.	No se realiza debido a la falta de médicos ginecoobstetras disponibles en este hospital. Generalmente es un sólo médico el responsable de toda el área de ginecobstetricia.	<i>“Realmente esta práctica no puede ser llevada a cabo al 100%, primero porque la preparación de nuestros jefes de unidad, son médicos generales, entonces yo no me puedo basar en su opinión, definitivamente.” G5-Axochiapan</i>
Mecanismo para revisión de pertinencia	Algunos participantes desconocen la existencia de una junta médica, otros refieren que existe pero no es funcional y otros refirieron que la pertinencia de las cesáreas se discute en las reuniones generales, donde también se discute la pertinencia de otros procedimientos quirúrgicos.		<i>“Sí debe de haber [una junta médica] y de hecho debe existir en todo hospital, aunque realmente de manera muy personal no lo veo muy funcional aquí en este hospital sinceramente.” GFS-Axochiapan</i>
Consentimiento informado escrito	Los informantes de ambos hospitales mencionaron que las razones por las cuales se realiza la OC se escriben en el expediente clínico y los formatos preoperatorios, aunque dijeron ofrecer explicaciones a las mujeres, no refirieron explícitamente solicitar una firma de consentimiento.		<i>“El escrito, ya son consentimientos que vienen en los expedientes y haces las notas preoperatorias. También le explicas a la mujer.” G4-Jojutla</i>
Consentimiento informado verbal	Todos refieren proporcionar explicaciones de manera verbal a la mujer y a los familiares, sobre las razones por las que se realiza la cirugía. En esta comunicación se resaltan los riesgos que conlleva la cesárea, como el incremento de hemorragias, atonía uterina, placenta previa en embarazos posteriores, etc., según sea el caso. Entre los beneficios que explican		<i>“Pues que este procedimiento está más indicado en su caso, que se puede evitar que el bebé sufra y ella también, según el caso particular.” G3-Jojutla</i>

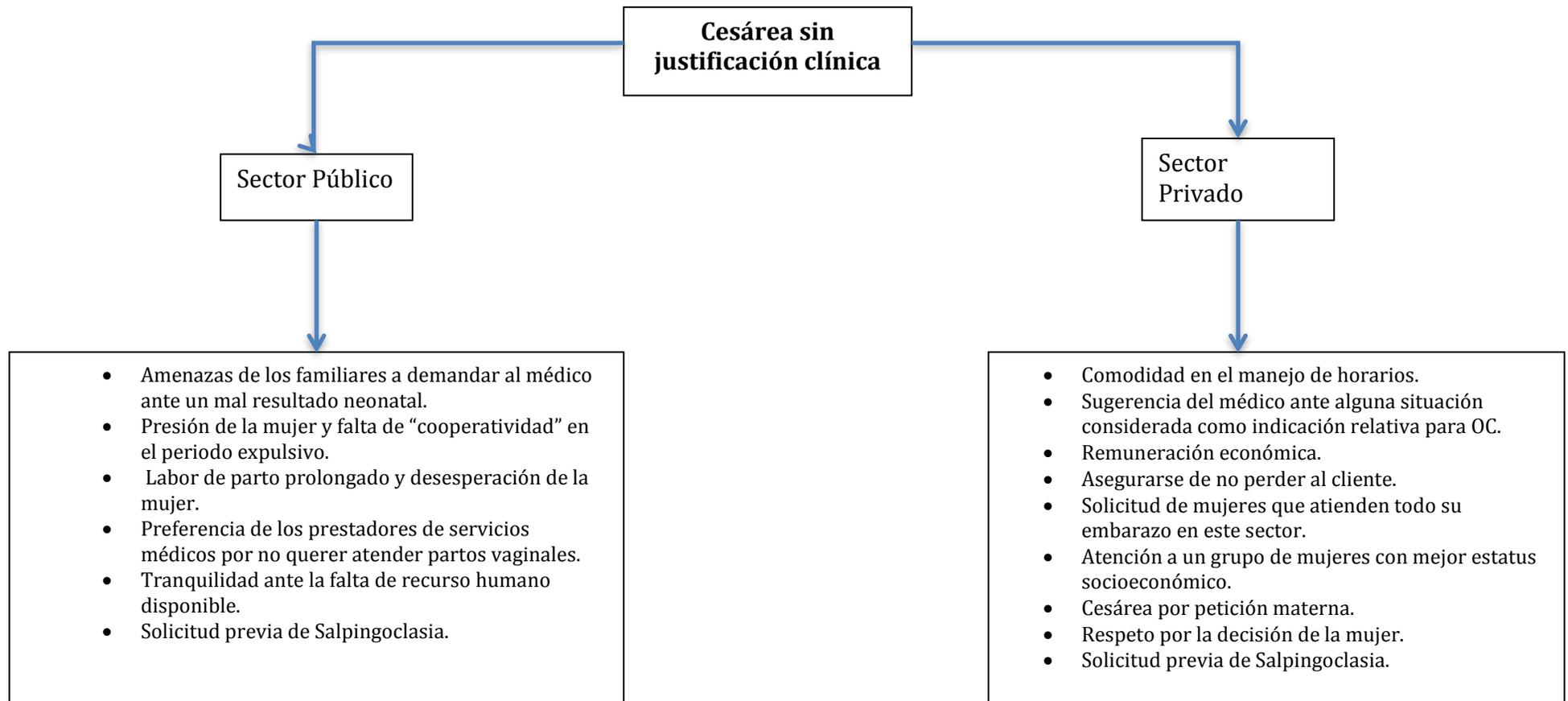
	mencionan el bienestar del binomio madre-hijo y el menor riesgo de sufrimiento fetal.			
Demandas jurídicas relacionadas con su práctica médica	Cuatro de los informantes mencionaron haber tenido demandas relacionadas con la negación de realizar una OC y por complicaciones derivadas de la cirugía.	Ningún informante ha sido sujeto de una demanda jurídica. Un dato relevante es que los médicos del HG-A perciben el temor a demandas por realizar el procedimiento sin justificación clínica.		<i>“Que no hice una cesárea(...)Fue a una muchachita de 16 años(...)no había ninguna indicación de cesárea(...)ella no quería cooperar ya. Y entonces le empezamos a decir que le eche ganas, que su bebé ya está sufriendo. Bueno y entonces, cuando nació el bebé tuvo dificultad respiratoria.” G5-Jojutla</i>
Solicitud de una cesárea por parte de la mujer.	Todos refieren que han atendido mujeres que solicitan tener su parto por cesárea, en ambos sectores de atención al parto. Sin embargo, los motivos expuestos ante esta solicitud son variables en cada sector de atención al parto.			<i>“Aquí [en la SSA] te solicitan comúnmente porque ya no aguantan el dolor o el familiar ya está presionando, amenazando con demandar, etc.” G2-Jojutla</i> <i>[En los hospitales privados] “Sí, allá sí te piden más, -yo quiero cesárea, yo no quiero dolores, ni sufrir-.” G3-Jojutla</i>
	HG-J: Sector público	HG-J Sector privado	HG-A. La opinión, no es distinta en el sector público y privado	
Razones por las que una mujer solicita CPM	Dolor excesivo, visitas periódicas sin obtener hospitalización.	Temor al dolor, estética del piso pélvico, desconfianza hacia los servicios públicos, programación de tiempos por licencia de maternidad.	Dolor excesivo, temor al dolor de la labor de parto, tiempo prolongado en labor de parto.	<i>“En la privada las mujeres me le tienen miedo al parto porque saben las complicaciones a futuro que tienen los partos o porque dicen que quieren tener su vagina intacta o conservar el periné.” G6-Jojutla</i>

		Temor a complicaciones, ante indicaciones relativas para OC.		
Razones que da a la mujer sobre el rechazo o aceptación de la CPM	Apego a guías de práctica clínica que priorizan el parto vaginal y las causas absolutas para realizar una OC. Diciéndole a la mujer que si no tiene indicación absoluta no hay porque hacer una OC.	Explica riesgos de la OC, sin embargo, los participantes refieren el respeto por la decisión y derechos de las mujeres a elegir sobre su cuerpo.	Explican que existe un mayor riesgo relacionado con la OC sin justificación clínica, que la recuperación es más larga, ofrecen analgesia obstétrica, a algunas las hacen desistir y a las que insisten, reconsideran la solicitud y asienten realizar la OC.	<p><i>“No de plano no. Ahí [en el hospital público] se les explica -¿sabes qué? La cesárea es bajo indicación de alguna complicación que tenga la mujer o el bebé-. Aquí no hacemos cesárea si la piden, al menos yo no. G3-Jojutla.</i></p> <p><i>Yo atiendo a mis pacientes en el sector privado prácticamente todo el embarazo, entonces desde etapas tempranas la vas sensibilizando, les dices que es mejor el parto, que es lo fisiológico, la mayoría puede, pero si ante eso ellas siguen pidiendo cesárea pues las realizo. Yo en el privado, no te atiendo pacientes que yo no conozco, o sea si me hablan -hay una cesárea-, si no la conozco, no voy. Porque no sé lo que me voy a encontrar, entonces normalmente yo atiendo lo que yo conozco, lo mío... y bueno, se respeta la decisión de ella.” G3-Jojutla</i></p>

En esta categoría sobre las prácticas clínicas, también se preguntó a los participantes si habían realizado OC sin justificación clínica clara, la respuesta afirmativa fue la más común, enfatizando la relatividad de cada caso, nuevamente la praxis médica es variable entre el sector público y privado, así como las razones expuestas para justificar la forma en la

que desarrollan su profesión en uno u otro sector de atención al parto. En el diagrama 3 se resumen los hallazgos encontrados.

Cuadro 3. Razones para realizar una OC sin justificación clínica por sector de atención al parto



Calidad.

En esta categoría de análisis se preguntó al participante si consideraba contar con los insumos médicos e infraestructura adecuada para la atención del parto por cesárea o vaginal.

Cinco de los participantes del HG-J, refirieron contar con la infraestructura y material necesario para la atención del parto vaginal y por cesárea, sin embargo, refieren que en cuanto a los insumos, particularmente medicamentos básicos para el área de ginecobstetricia, donde existen carencias y, en ocasiones, es el familiar de la mujer quien tiene que comprar externamente los medicamentos que se requieren y algunas veces por falta de recursos económicos, no se pueden comprar y, en consecuencia no se ofrece la atención necesaria.

Los participantes del HG-A reportaron que no cuentan con la infraestructura necesaria. Refieren que ésta es insuficiente, ya que sólo cuentan con un quirófano para la atención de todos los tratamientos que requieren cirugías, además refieren no contar con suficiente personal para el área de ginecología y obstetricia, siendo un sólo médico por turno quien se encarga de todos los módulos de atención a la mujer embarazada (consulta externa, modulo de admisión al servicio, vigilancia de la labor de parto, sala de expulsión y cesárea). Cabe mencionar que cuando el ginecólogo se encuentra en el quirófano realizando una OC o algún turno se queda sin ginecoobstetra, los servicios de atención a la mujer embarazada, quedan a cargo de los médicos generales o estudiantes de medicina. Los participantes del HG-A también refieren carencias con respecto a medicamentos básicos para la atención de emergencias obstétricas.

“La falta de recurso humano en la vigilancia verdadera del trabajo de parto, entonces si hay un ginecólogo es imposible que tú estés en todos lados, por más experiencia que tengas (...), por eso yo propuse a la Secretaria de Salud en turno, de que las enfermeras obstetras que tengamos, ellas son las que se encargarán de vigilar el trabajo de parto y ya le avisan al obstetra cuando hay alguna complicación y es lo que se debería hacer aquí, en esta institución con respecto a la falta de recurso humano porque no hay especialistas, a dónde los quieras sacar.”

5.1 Procesos institucionales. En esta categoría de análisis se preguntó a los participantes si consideraban que los procesos institucionales eran los adecuados a la

hora de decidir realizar una cesárea: En este sentido todos los participantes refieren que estos procesos son los adecuados debido a que se apegan a las guías de práctica clínica priorizando el parto vaginal y realizando la cesárea bajo indicaciones absolutas para la realización del procedimiento, la mayoría de las veces. Sin embargo, algunos médicos hicieron la aclaración que depende mucho de quien atienda a las mujeres, ya que algunos médicos, sobre todo en el HG-J, por sus preferencias optan por la cesárea antes que el parto vaginal, mientras que en los testimonios del HG-A, se hace referencia a que en administraciones anteriores se llegó a realizar la OC, sólo por la razón de obtener más experiencia en la realización de la cirugía.

Discusión

El presente estudio ha permitido documentar, los elementos no clínicos relacionados con la práctica de la OC en dos hospitales de los Servicios de Salud de Morelos, con características organizacionales e infraestructura diferentes, desde la perspectiva de los prestadores de servicios de atención obstétrica. Los testimonios de los participantes reflejan un conocimiento de las normas éticas y guías de práctica clínica relacionadas con la OC: como la existencia de indicaciones absolutas y relativas, la pertinencia de solicitar una segunda opinión, (61) la utilidad de mecanismos de regulación que revisen la pertinencia y la estadística del procedimiento y la doctrina del consentimiento informado escrito y verbal, además de los principios éticos, relacionados con la beneficencia y no maleficencia. Los prestadores de servicios participantes de este estudio demostraron conocer el contexto epidemiológico que se vive en el país acerca de la práctica de la OC, con frecuencias por encima de lo considerado como óptimo y los riesgos que conlleva el procedimiento cuando éste es realizado sin indicación clínica clara. No obstante, en su práctica son otros los elementos que priorizan para la toma de decisión sobre la modalidad de atención del parto y que distan de las indicaciones clínicas para la práctica del procedimiento. Estos son factores no clínicos, mismos que coinciden con los identificados en estudios precedentes, que han evidenciado el temor a las demandas por mal resultado neonatal, mayor remuneración económica, comodidad del médico al programar sus horarios, solicitud de la mujer, horario de admisión al servicio médico, entre otros. (11, 18, 24).

A través de los testimonios analizados se pudo corroborar que las condiciones socioeconómicas de las mujeres se relacionan con la práctica del procedimiento, reafirmando los hallazgos de estudios previos,(7) que describen que la mayor proporción de OC, acontece en mujeres con mejor estatus socioeconómico, quienes tienen más probabilidad de optar por el sector privado, versus las mujeres con mayor desventaja social, que generalmente se atienden en el sector público.(7) Sin embargo los nacimientos atendidos por vía abdominal, superan el límite considerado como óptimo en todos los sectores de atención al parto, ya sea público o privado.(3)

No obstante, el presente estudio brinda nuevos elementos que ayudan a explicar los factores asociados a la ocurrencia de este fenómeno, los cuales en parte, dependen del sector de atención del que se trate; ya que la solicitud de la mujer a resolver su embarazo mediante OC, el respeto por sus derechos a elegir cómo resolver su embarazo y la remuneración económica, no figuran como elementos explicativos para optar por una OC, en el sector público.

Los testimonios recogidos de los participantes del HG-J resaltan un doble discurso y diferentes juicios de valor, según el sector donde se encuentren laborando, mostrando una contradicción en algunas de sus opiniones y los criterios que utilizan para justificar la atención al nacimiento por cesárea.

En este sentido se evidencia que en el sector público, el apego a las normas oficiales que señalan la priorización del parto vaginal y la realización de OC, en la frecuencia mínima necesaria y bajo indicaciones absolutas, es tomada en cuenta, ante la consideración de la cesárea, como alternativa de atención al parto. Así mismo los participantes coincidieron en que la petición de una cesárea, por parte de la mujer, no aplica en este sector por no estar normado y por no conocer el estado de salud y los antecedentes de control prenatal, en el que se encuentran al ingresar al servicio de atención al parto. Bajo este hecho se evidencia una falta de continuidad, en la atención a la mujer embarazada, pues no se asegura el flujo de información sobre el estado clínico o antecedentes de riesgo identificados en el control prenatal, entre el primer y segundo nivel de atención, además de que no se logra establecer una relación de

confianza y comunicación entre el médico y la mujer en labor de parto. Este hallazgo corresponde con la literatura acerca de la continuidad de la atención y los efectos que tiene la fragmentación de ésta, cuando se atiende a una persona por más de un proveedor de servicios médicos . (62) A pesar de ello en este sector de atención al parto, los participantes realizan cesáreas sin indicación clínica argumentando, en primer lugar el temor a ser demandados jurídicamente, la presión familiar y la falta de “cooperatividad” de la mujer ante una labor de parto prolongada y en tercer lugar, las preferencias de algunos médicos que admiten su preferencia por realizar una OC antes que atender un parto vaginal, datos relevantes que nos sugieren una comunicación deficiente entre el prestador de servicios médicos y las mujeres sobre la información poco detallada de lo que acontece en la labor del parto vaginal. Por otra parte se hace presente, la falta de vigilancia de la pertinencia de los procedimientos, ya que ante el conocimiento de prestadores de servicios que realizan cesáreas innecesarias, las condiciones administrativas y sindicales propias de cada nosocomio, protegen al prestador de servicios médicos perpetuando una práctica médica de atención al parto poco ética.

En contraste, en el sector privado, pareciera que las normas oficiales y criterios clínicos absolutos para la práctica de cesárea, no figuran en la praxis médica, o al menos no es prioritario u obligado su cumplimiento, pues se consideran indicaciones relativas, para sugerir una cesárea, bajo la justificante de minimizar el riesgo de complicaciones para el producto o la madre, además se argumenta el respeto por los derechos de las mujeres a elegir sobre su cuerpo y así, la vía del parto, aun cuando en este sector tampoco se encuentra normado que la mujer decida sobre la atención al parto por cesárea, aunado a ello, las preferencias de manejo de horarios convenientes para los médicos, influyen en la decisión de resolver el embarazo por vía quirúrgica. En este sentido es pertinente mencionar, dos elementos económicos importantes, el primero es la mejor remuneración que tienen los hospitales privados y los médicos, al atender un parto por cesárea y segundo la intervención de las aseguradoras privadas, cuyo paquete de servicios cubre los partos por cesárea y excluyen al parto vaginal. (24) (63) esta serie de elementos podrían explicar, en parte la alta frecuencia de nacimientos por

cesárea en este sector de atención, sugiriendo que los partos vaginales, que llegan a ser atendidos en este sector son por urgencia.

En este sentido vale la pena mencionar la escasa consideración de los principios éticos básicos en la práctica médica, comenzando por mencionar la autonomía y su interacción con el respeto por ésta y cuyo resultado descansa en la doctrina del consentimiento informado, el cual debe realizarse bajo la más detallada información sobre los riesgos y beneficios, logrando una toma de decisiones compartida. Sin embargo, los testimonios expresados, ponen en tela de juicio si es realmente la mujer quien decide tener una OC o elige el procedimiento bajo coerción o temor de un mal resultado neonatal si opta por el parto vaginal, ya que según los testimonios de los participantes, en el sector público, ante las indicaciones relativas para una OC, se deja a una mujer en labor de parto y la mayoría de las veces el desenlace es exitoso, mientras que en el sector privado, se sugiere realizar la OC para minimizar riesgos, ofreciendo a la mujer entregarle un producto saludable y bajo condiciones controladas. Por otra parte, es importante mencionar que en este sector existe una atención continua por el mismo prestador, a la mujer embarazada, desde etapas tempranas de la gestación, durante el parto y post-parto, lo cual deriva en el establecimiento del un vínculo de confianza y compromiso, en dos sentidos; por parte del médico a respetar las decisiones de las mujeres, figurando, nuevamente como elemento importante la remuneración económica, bajo el lema “al cliente lo que pida” y por parte de la mujer a confiar en las sugerencias e indicaciones que el prestador le brinda en la atención prenatal.

Del mismo modo, las condiciones laborales y preferencias personales de los prestadores favorecen que se perpetúen prácticas desiguales, vulnerándose no solo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino también la calidad de la atención al parto al proveer información poco detallada y falsear diagnósticos para justificar la practica del procedimiento.

Este trato desigual afecta en mayor medida a aquellas mujeres con mayores desventajas sociales, pues los hallazgos muestran que no existe equidad en la práctica

del procedimiento, ni en el trato proporcionado en este grupo de mujeres, ya que en el sector público, no se da la oportunidad de ejercer la autonomía para decidir el tipo de parto que prefieren y las percepciones ante esta petición, son calificadas como una exigencia carente de fundamento y agresivas. Este hecho deja de lado a otro principio ético en la práctica médica, que es el de justicia; deber del médico de promover un trato justo y la distribución equitativa de los recursos sanitarios.

Por otra parte, es de importancia mencionar las causas referidas, por las cuales la mujer solicita una OC, en ambos sectores de atención público y privado, figuran el temor al dolor y el dolor excesivo en la labor de parto, bajo este hecho surge nuevamente un juicio contradictorio, ya que en el sector público, no se realiza una OC a una mujer por referir temor o dolor intenso, mientras que en el sector privado se ofrece analgesia obstétrica y cesárea. En este mismo sentido, un elemento importante relacionado con las razones expuestas por una mujer que solicita OC, en el sector privado, es el temor al prolapso del piso pélvico y las afecciones posteriores en la vida sexual, según los testimonios de los prestadores estas inquietudes se discuten con las mujeres, en el sector privado y no con las mujeres atendidas en el sector público. Relacionado con este hecho el tema de la sexualidad post parto es un tema del que se habla poco y a menudo representa una inquietud que muchas mujeres tienen, misma que no se discute durante la atención prenatal ni post-parto. (64)

El escenario del HG-A, es distinto, pues los testimonios en este sector apuntan a un trato igualitario en ambos sectores de atención al parto: público y privado, reconociendo la importancia de priorizar el parto vaginal y resaltando la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal, sobre todo en lo que se refiere a la explicación de lo que acontece en un parto fisiológico y a los riesgos de una OC, pues a menudo es el temor al dolor la causa principal por la que una mujer solicita una OC y ante esta situación, en ambos sectores de atención se ofrece acompañamiento y analgesia. Sin embargo, es importante resaltar que el recurso humano y las salas de quirófano, en este hospital son calificadas como insuficientes, dejando algunos turnos de atención, sin ginecoobstétrica y al estar ocupada la única sala de quirófano, los partos son

atendidos en hospitales aledaños. Bajo estas condiciones se expone a una mujer a un escenario riesgoso sobre todo si sus condiciones clínicas exigen atención inmediata y las instalaciones están ocupadas. De este modo, algunas mujeres se ven en la necesidad de ingresar a clínicas del sector privado y debido a sus condiciones socioeconómicas desfavorables, el gasto realizado en este sector, es excesivo para los familiares.

Otro punto relevante es la carga financiera para el sistema de salud y la sociedad, que puede llegar a generar la excesiva práctica de la cesárea, pues el costo generado por una OC es superior al que conlleva un parto vaginal, elemento de importancia, que no se tomó en cuenta en ningún discurso y que puede tener un impacto en la eficiencia del sistema de salud, afectando la calidad de la atención al parto, no solo en su eficiencia, también en la efectividad, pues no hay evidencia que sustente que más cesáreas incidan en mayores ventajas en salud para la madre y su hijo. Además en mujeres con condiciones de pobreza, realizar una OC innecesaria, en el sector privado, supone un gasto excesivo para la mujer y/o sus familiares, como fue un caso referido por un informante del HG-A. Por otra parte, por cuestiones de seguridad, someter a una mujer a una OC sin justificación clínica clara, expone al binomio a un mayor riesgo de morbi-mortalidad a corto y largo plazo, así mismo ésta última dimensión de la calidad, se relaciona con el principio de beneficencia, que supone el deber del médico de proveer el máximo beneficio en salud, bajo la justificación de la utilidad y pertinencia de los procedimientos clínicos. Derivado de ello, se considera que la OC junto con otros procedimientos en ginec obstetricia se deben realizar bajo justificación clínica clara y en la frecuencia mínima necesaria a toda mujer que lo necesite. (41)

Conclusiones

Derivado del presente estudio surge la necesidad de explorar con mayor detalle el proceso de toma de decisiones entre el médico y la mujer embarazada, sobre todo en mujeres que se atienden en el sector privado y poder determinar con precisión los casos reales donde la autonomía de la mujer es el elemento principal en la decisión de realizar una OC o es una decisión conducida por sugerencias indirectas de los

proveedores de salud. Estudios previos han documentado la influencia del prestador de servicios en la toma de decisiones para la elección de OC, por parte de la mujer, sin que ella tenga claridad en la información recibida sobre las implicaciones de riesgo de la cirugía. (42) Además, se sugiere la necesidad de establecer mecanismos regulatorios y de vigilancia en este sector de atención a la salud, ya que en él, 7 de cada 10 nacimientos son mediante cesárea. (7)

Los hallazgos evidencian la necesidad de enfocar los esfuerzos en mejorar la calidad de la atención prenatal, fortaleciendo la pertinencia de explicar detalladamente los tipos de atención al parto y lo que acontece en uno u otro, así como ahondar en los riesgos y beneficios que cada procedimiento conlleva. Por otra parte surge la necesidad de realizar intervenciones educativas dirigidas a las mujeres, especialmente primigestas y prestadores de servicios médicos, pues en el análisis del discurso, sobre todo en los relacionados con el HG-A, se refiere que ante una información detallada y sensibilización en el control prenatal, la mayoría de las mujeres desisten de ser sometidas a cesárea, teniendo un desenlace exitoso y satisfactorio para la mujer, sobre todo cuando la petición de la cirugía es por miedo al dolor del parto. Sin embargo es importante explorar como parte del consentimiento informado las razones por las que una mujer solicita una cesárea y brindar asesoría para cada caso en particular, pues en el caso específico del temor a efectos adversos en la vida sexual post-parto, las explicaciones a este hecho no solo son atribuibles al parto vaginal, sino que es un padecimiento multifactorial. (64) Otro punto relevante a fortalecer es la continuidad de la atención y la comunicación entre niveles de atención y entre prestadores de servicios médicos, sobre las condiciones clínicas de cada mujer embarazada.

Se requiere además promover la incorporación de enfermeras obstétricas y parteras calificadas, a las unidades de salud para la vigilancia de la labor de parto, sobre todo en unidades médicas donde se carece de personal suficiente para la atención y vigilancia del parto, tal como lo plantea el Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal, Tratamiento Óptimo y Oportuno (PRONTO), en el que parte de la evidencia relevante fue el desempeño eficiente de las enfermeras calificadas ante la resolución de

emergencias obstétricas y la reducción de las tasas de OC post capacitación del prestador de servicios médicos mediante casos simulados. Por lo que una intervención similar en cuanto a la capacitación y sensibilización podría incidir en una mejor toma de decisiones, una disminución en la frecuencia de las OC y mejorar la calidad de la atención al parto. (65)

Limitaciones del estudio.

El presente estudio no está exento de limitaciones. Como parte del desarrollo del protocolo de tesis doctoral, se estableció como objetivo central explorar los elementos no clínicos asociados a la decisión de realizar una cesárea en instituciones públicas del estado de Morelos, por lo que la información relacionada con lo que acontece en el sector privado fue una categoría emergente, en este sentido una limitante importante fue no explorar el papel de las aseguradoras privadas en la cobertura del parto vaginal y por cesárea.

Por otra parte la mayoría de los testimonios del HG-J, refirieron a un actor que realiza OC, por preferencias personales, sin embargo, no fue posible aplicar la entrevista directamente a este prestador de servicios médicos ya que no acepto participar en el estudio.

Referencias.

1. González-Pérez GJ V-LM, Cabrera-Piraval CE. . Césareas en México: Aspectos sociales económicos y epidemiológicos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Mexico DF 2011.
2. Puentes-Rosas E G-DO, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. salud Publica Mex. 2004;46:16-22.
3. Campero L HB, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. salud Publica Mex. 2007;49:118-25.
4. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama Ade S, et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Cadernos de saude publica. 2006;22(10):2067-78.
5. Mitler LK, Rizzo JA, Horwitz SM. Physician gender and cesarean sections. Journal of clinical epidemiology. 2000;53(10):1030-5.
6. LA. V-E. Operación cesárea: una perspectiva integral. Revista de la facultad de medicina. 2004;47(6):246-50.

7. Nápoles-Méndez D P-P. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. . Medisan. 2012;16(10):1579-92.
8. Muñoz-Enciso JM RAE, Dominguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. . Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79(2):67-74.
9. Pública INdS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales 2012 2012.
10. Rio I, Castello A, Barona C, Jane M, Mas R, Rebagliato M, et al. Caesarean section rates in immigrant and native women in Spain: the importance of geographical origin and type of hospital for delivery. Eur J Public Health. 2010;20(5):524-9.
11. Heredia-Pi I S-ME, Wirtz VJ, Avila-Burgos L, Lozano R. Obstetric Care and Method of Delivery in Mexico: Results from the 2012 National Health and Nutrition Survey. PLoS ONE. 2014;9(8).
12. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). . Instituto Nacional de Estadística y geografía disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/>. 2014; Fecha de última consulta: 20 de Julio del 2016.
13. statement: NIOHs-o-t-sc. cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol. 2006;107(6).
14. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. Obstetrical & gynecological survey. 2004;59(8):601-16.
15. Ecker. J. Elective cesarean delivery on maternal request. The Journal of the American Medical Association. 2013;309(18):1930-36.
16. Zupancic JA. The economics of elective cesarean section. Clin Perinatol. 2008;35(3):591-9, xii.
17. Christilaw JE. Cesarean section by choice: constructing a reproductive rights framework for the debate. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2006;94(3):262-8.
18. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstetrics and gynecology. 2011;118(1):29-38.
19. Hong X. Factors related to the high cesarean section rate and their effects on the "price transparency policy" in Beijing, China. The Tohoku journal of experimental medicine. 2007;212(3):283-98.
20. Kizer. S. Frecuencia de la cesárea. Factores resaltantes relacionados con su incremento. Gac Med Caracas. 2011;119(1):12-21.
21. Bergeron V. The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. Bioethics. 2007;21(9):478-87.
22. Enabudoso E, Igbarmah S. Maternal autonomy on health in a community as assessed by signing of consent for caesarean section and its sociodemographic correlates. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2012;25(10):1980-2.
23. Batliwala. S. El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. In M Leon (Ed) Poder y empoderamiento de las mujeres (pp 187-211) T/M Editores, Santa Fe de Bogotá. 1997.

24. Casique. I. Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. . *Revista Mexicana de Sociología*. 2010;72:37-71.
25. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics*. 2008;9:11.
26. Leeman LM, Plante LA. Patient-choice vaginal delivery? *Ann Fam Med*. 2006;4(3):265-8.
27. H. B. Cesárea a petición de la mujer: visión desde la matronería. *Medwave*. 2012;3:1-3.
28. Charles S. Obstetricians and violence against women. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2011;11(12):51-6.
29. JL Á-G. Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología. España, Paidós Ibérica. 2003.
30. Amescua Amescua M GAM, Gálvez A. . Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:423-36.
31. Maha M A. Non-medical factors affect caesarean section rates developing countries. *Canadian Journal on Scientific and Industrial Research* 2012;3(179-183).
32. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *Bmj*. 2000;321(7275):1501-5.
33. Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2008;24(12):2909-18.
34. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*. 2003;327(7425):1219-21.
35. Iskra García Vazquez SEMC, Benjamin Sánchez Trocino. El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Ide@s CONCYTEG*. 2012;7(84):811-44.
36. Lawrence M. Leeman M RR. 2012. *Obstetrics & Gynecology* 119:647-55.
37. OMS;. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. . *Human reproduction programe, research for impact*. 2015.
38. Karen Elizabeth Goodall CM, and Michelle Magill. Birth choice following primary Caesarean section: mothers' perceptions of the influence of health professionals on decision-making. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009;27(1):4-14.
39. Walker DM, Cohen SR, Estrada F, Monterroso ME, Jenny A, Fritz J, et al. PRONTO training for obstetric and neonatal emergencies in Mexico. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2012;116(2):128-33.

Conclusiones generales.

El presente estudio nos permitió identificar algunas variables no clínicas relacionadas con la decisión de resolver un embarazo mediante cesárea. Entre los hallazgos de interés podemos resaltar los siguientes.

- Una práctica de cesáreas en mujeres con mejores condiciones sociales y demográficas, que son atendidas, fundamentalmente, en hospitales privados.
- Existe mayor práctica de cesáreas en los turnos matutinos entre semana, específicamente en el sector privado, lo cual podría sugerir un mayor número de cesáreas programadas, durante estos días, mientras la frecuencias de OC decrece durante los fines de semana.
- Aún existe un porcentaje de mujeres que no recibe atención prenatal, y 25% de las mujeres que refieren tener atención, lo hacen de manera tardía, lo cual evidencia posibles barreras de acceso a los servicios médicos.
- Un alto porcentaje de mujeres primigestas son atendidas mediante cesárea, suceso relevante, sobre todo en mujeres que planean tener más hijos, ya que podrían estar condicionadas a cesáreas subsecuentes y expuestas a un mayor riesgo relacionado con el procedimiento.
- En las unidades de salud visitadas, se identificaron prácticas diferenciales por parte de los ginecoobstétricos, quienes laboran tanto en el sector público como privado, utilizando criterios diferentes para la toma de decisión de realizar la cesárea a una mujer en dependencia del sector donde ésta reciba atención.
- Se documentó trato diferencial e inequitativo entre sectores de atención al parto, favoreciendo la práctica del procedimiento en mujeres con mayor nivel socioeconómico y por sugerencia de los prestadores de servicios de atención al parto, en el sector privado.
- La continuidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio requiere fortalecerse, sobre todo en el sector de la población que se atiende en unidades de la SSA. Los testimonios evidencian falta de continuidad de información y relacional, pues el obstetra que atiende el nacimiento, en la mayor parte de los casos no

conoce la historia prenatal de la mujer y no existe un vínculo relacional sólido entre el médico y la paciente, al momento del parto.

- Se requiere fortalecer los mecanismos regulatorios que evalúan la pertinencia de la práctica de la cesárea y la práctica de ésta por turno y por médico.
- Se requiere implementar mecanismos que vigilen la frecuencia y pertinencia en la práctica de las cesáreas en el sector privado, ya que derivado de los testimonios recopilados la decisión de realizar una OC en este sector se sustenta principalmente en indicaciones relativas para el procedimiento.
- La práctica defensiva como protección a demandas jurídicas, la remuneración económica, la programación de horarios son argumentos que según los ginecoobstétricas, influyen en la decisión de realizar una OC.
- El temor al dolor, mantener la estética del periné, temor a las secuelas de un parto vaginal, son algunos de los elementos explicativos que la mujer expone, para solicitar tener una cesárea, según los testimonios de los ginecoobstétricas.

Referencias

1. Gobierno Federal SdS. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en Salud. Disponible en: <http://www.saludgobmx/unidades/cdi/nom/040ssa204html>. 2004.
2. OMS;. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spapdf. 2014; Fecha de última consulta 15 de mayo del 2016.
3. Pública INdS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales 2012 2012.
4. Instantaneas. Tasa de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. . Revista Panamericana de Salud Pública 2007;21(4):Disponible en: .
5. Pública. INdS. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012. Resultados por entidad Federativa 2012. ISBN 978-607-511-101-8 México DF. 2012.
6. Rio I, Castello A, Barona C, Jane M, Mas R, Rebagliato M, et al. Caesarean section rates in immigrant and native women in Spain: the importance of geographical origin and type of hospital for delivery. Eur J Public Health. 2010;20(5):524-9.
7. Heredia-Pi I S-ME, Wirtz VJ, Avila-Burgos L, Lozano R. Obstetric Care and Method of Delivery in Mexico: Results from the 2012 National Health and Nutrition Survey. PLoS ONE. 2014;9.(8).
8. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). . Instituto Nacional de Estadística y geografía disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/>. 2014; Fecha de ultima consulta: 20 de Julio del 2016.
9. Gonzalez-Perez GJ, Vega-Lopez MG, Cabrera-Pivaral C, Munoz A, Valle A. Caesarean sections in Mexico: are there too many? Health Policy Plan. 2001;16(1):62-7.
10. Social. IMdS. Impacto financiero de los partos por cesárea. En: Dirección de finanzas. Evaluacion de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales. 2009:46.
11. Campero L HB, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. salud Publica Mex. 2007;49:118-25.
12. Signore C KM. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. Clin Perinatol. 2008;35(2):1-11.
13. Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. Obstetrics and gynecology. 1993;81(3):392-5.
14. Social IMdS. Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales. Coordinación de Administracion de Riesgos Institucionales 2009.
15. Zupancic JA. The economics of elective cesarean section. Clin Perinatol. 2008;35(3):591-9, xii.
16. González-Pérez GJ V-LM, Cabrera-Piraval CE. . Césareas en México: Aspectos sociales económicos y epidemiológicos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Mexico DF 2011.

17. Puentes-Rosas E G-DO, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *salud Publica Mex.* 2004;46:16-22.
18. Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cadernos de saude publica.* 2008;24(12):2909-18.
19. Desempeño. SdSDGdEd. Observatorio del desempeño hospitalario 2011. Secretaría de salud 2012.
20. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama Ade S, et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de saude publica.* 2006;22(10):2067-78.
21. Mitler LK, Rizzo JA, Horwitz SM. Physician gender and cesarean sections. *Journal of clinical epidemiology.* 2000;53(10):1030-5.
22. Muñoz-Enciso JM RAE, Dominguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. . Operación cesárea: ¿indicacione justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79(2):67-74.
23. LA. V-E. Operación cesárea: una perspectiva integral. *Revista de la facultad de medicina.* 2004;47(6):246-50.
24. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *Bmj.* 2000;321(7275):1501-5.
25. Nápoles-Méndez D P-P. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. . *Medisan.* 2012;16(10):1579-92.
26. Marie-Jocelyne Martel M, FRCSC, Saskatoon SK, Catherine Jane MacKinnon, MD, FRCSC, Brantford ON. Guidelines for vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES.* 2005;155.
27. Salud. CNdETeSSd. Parto después de una cesárea. Evidencias y Recomendaciones. *Catalogo de guias de práctica clínica: IMSS-605-13.* Secretaría de salud. 2013.
28. Frkovic A, Boskovic Z. [Cesarean section on request because of labor pain--bioethical and legal views]. *Acta medica Croatica : casopis Hravatske akademije medicinskih znanosti.* 2010;64(1):25-32.
29. organizations. JCoah. A comprehensive review of development and testing for national implementation of hospital core measures. . Disponible en: http://wwwjointcommissionorg/assets/1/18/a_comprehensive_review_of_development_f_or_core_measurespdf.
30. Julian Librero SP, Ana Belda, Julia Calabuig. . Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. . *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88:315-26.
31. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. 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 medicine.* 2010;8:71.
32. Trabajo. Old. Clasificación internacional Uniforme de ocupaciones. . Disponible en: <http://wwwiloorg/public/spanish/bureau/stat/isco/> 2015.
33. Federación. DODl. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y perperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en:. 1995.

34. Stanton CK DD, De Brouwere V, Pujades M, Ronsmans C. Reliability of data on cesarean sections in developing countries. *Bull World Health Organ. Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83:449-55.
35. Althabe F, Belizan JM. Cesarean section: the paradox. *Lancet*. 2006;368(9546):1472-3.
36. INEGI. Distribución de la población por tamaño de localidad y su relación con el medio ambiente. . Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas, INEGI. 2010.
37. Karlstrom A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth--few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2011;27(5):620-7.
38. Obstetricia. SEdGy. Protocolos asistenciales en obstetricia. Acretismo placentario. proSEGO. 2012.
39. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología AC. Cesárea, Reflexionar para decidir mejor. *Boletín Informativo*. 2016;12.
40. Farland. L. The use and overuse of cesarean sections in México. *Mujeres Enlazadas/Aliadas Intern*. 2010.
41. OMS;. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. . Human reproduction programme, research for impact. 2015.
42. Karen Elizabeth Goodall CM, and Michelle Magill. Birth choice following primary Caesarean section: mothers' perceptions of the influence of health professionals on decision-making. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009;27(1):4-14.
43. E. LL. Validación de la información obtenida de los certificados de nacimiento en el Hospital General de Guanajuato. Tesis en Bioestadística y Sistemas de Información, Modalidad virtual 2011.
44. statement: NLoHs-o-t-sc. cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*. 2006;107(6).
45. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstetrical & gynecological survey*. 2004;59(8):601-16.
46. Ecker. J. Elective cesarean delivery on maternal request. *The Journal of the American Medical Association*. 2013;309(18):1930-36.
47. Christilaw JE. Cesarean section by choice: constructing a reproductive rights framework for the debate. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2006;94(3):262-8.
48. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstetrics and gynecology*. 2011;118(1):29-38.
49. Hong X. Factors related to the high cesarean section rate and their effects on the "price transparency policy" in Beijing, China. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2007;212(3):283-98.
50. Kizer. S. Frecuencia de la cesárea. Factores resaltantes relacionados con su incremento. *Gac Med Caracas*. 2011;119(1):12-21.
51. Bergeron V. The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics*. 2007;21(9):478-87.
52. Enabudoso E, Igbarumah S. Maternal autonomy on health in a community as assessed by signing of consent for caesarean section and its sociodemographic correlates. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the*

European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2012;25(10):1980-2.

53. Batliwala. S. El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. In M Leon (Ed) Poder y empoderamiento de las mujeres (pp 187-211) T/M Editores, Santa Fe de Bogotá. 1997.

54. Casique. I. Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. . Revista Mexicana de Sociología. 2010;72:37-71.

55. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? BMC Med Ethics. 2008;9:11.

56. Leeman LM, Plante LA. Patient-choice vaginal delivery? Ann Fam Med. 2006;4(3):265-8.

57. H. B. Cesárea a petición de la mujer: visión desde la matronería. Medwave. 2012;3:1-3.

58. Charles S. Obstetricians and violence against women. The American journal of bioethics : AJOB. 2011;11(12):51-6.

59. JL Á-G. Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología. España, Paidós Ibérica. 2003.

60. Amescua Amescua M GAM, Gálvez A. . Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:423-36.

61. Maha M A. Non-medical factors affect caesarean section rates developing countries. Canadian Journal on Scientific and Industrial Research 2012;3(179-183).

62. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Bmj. 2003;327(7425):1219-21.

63. Iskra García Vazquez SEMC, Benjamin Sánchez Trocino. El parto en México, reflexiones para su atención integral. Ide@s CONCYTEG. 2012;7(84):811-44.

64. Lawrence M. Leeman M RR. 2012. Obstetrics & Gynecology 119:647-55.

65. Walker DM, Cohen SR, Estrada F, Monterroso ME, Jenny A, Fritz J, et al. PRONTO training for obstetric and neonatal emergencies in Mexico. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2012;116(2):128-33.