

Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México

Elena María García Alonso

Centro de Estudios Demográficos,
Urbanos y Ambientales,
El Colegio de México
egarcia@colmex.mx

Evolution of Caesarean Delivery: The Case of Mexico

RESUMEN: La normalización del nacimiento por cesárea en México es un problema de salud pública. La tasa de cesáreas se encuentra en el umbral del 50%, la gran mayoría programadas sin ningún criterio médico, en un país donde la violencia obstétrica en todos los niveles se considera una práctica habitual. A través de los certificados de nacimiento de 2008 a 2013 y con la ayuda de la última Encuesta Nacional de Salud (2012), se pretende mostrar la gravedad del problema en México, las principales características sociodemográficas de las madres sometidas a este procedimiento y cómo el pronóstico a futuro indica un incremento masivo hasta superar en 2015 al número de partos vaginales. Más que buscar respuestas, este trabajo pretende exponer gráficamente la situación de los nacimientos en México y plantearse algunas hipótesis acerca de la crítica situación de este fenómeno, que va significativamente en aumento.

ABSTRACT: The normalization of caesarean delivery in Mexico is a public health problem. The caesarean section rate is in the 50% threshold, mostly scheduled without any medical judgment, in a country where obstetric violence at all levels is considered a normal practice. By analyzing the birth certificates of 2008-2013, and with the help of the latest National Health Survey (Ensanut 2012), we show how serious this problem is in Mexico. We also analyze the main socio-demographic characteristics of those mothers who undergo this procedure and conclude that the forecast indicates a massive increase in 2015 to exceed the number of vaginal deliveries. Rather than seeking answers, this work aims to graphically display the status of childbirths in Mexico as well as to raise some hypotheses about the critical situation of this phenomenon that will most probably still increase.

PALABRAS-CLAVE: Cesárea, parto, medicalización de la maternidad, violencia obstétrica

KEYWORDS: Caesarean delivery, childbirth, medicalization of motherhood, obstetric violence

1. Introducción: ¿parto o cesárea?

El número de cesáreas se ha incrementado de forma importante en México, llegando en los últimos años a equipararse casi al número de nacimientos por vía vaginal y convirtiéndolo en uno de los países con mayor número de cesáreas del mundo. Aunque en principio la cesárea es un procedimiento relativamente seguro e indispensable en algunas situaciones, cuando se realiza sin indicación médica presenta mayores tasas de morbimortalidad de madres e hijos que las observadas en los nacimientos por parto vaginal. En los últimos años se ha observado un excesivo intervencionismo médico en todos los ámbitos gineco-obstetricios, así como en todos los aspectos relacionados con la maternidad. En este trabajo se pretende analizar el número nacimientos por parto y cesáreas en México a partir de las características de la madre, y su evolución y pronóstico en el periodo 2008-2013. Finalmente se presenta, a partir de los datos analizados en la primera parte, la relación entre el fenómeno de incremento de las cesáreas, la violencia obstétrica y la medicalización de la maternidad en México.



En México, una pregunta recurrente que escucha cualquier mujer que se encuentre en la última fase de su embarazo es la que encabeza esta introducción, a la sazón: ¿parto o cesárea? Esta pregunta se basa en la idea generalizada de que la madre, por voluntad propia o por recomendación médica, puede planear el momento en el que su hijo llega al mundo. El caso de México es particular en este sentido, al presentar en 2013 un total de 46% de cesáreas respecto al total de nacimientos, cifra que se ve incrementada cada año (gráfico 1).

El incremento de las cesáreas no es exclusivo de México, sino que se observa a lo largo de todo el mundo. Este cambio en la tendencia de cómo traer niños al mundo se debe a una variedad de factores; entre ellos podríamos citar las mejoras en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, la reducción de las complicaciones postoperatorias, la percepción de seguridad, varios factores sociodemográficos, el terror creciente de muchas mujeres al dolor del parto y la comodidad para muchos médicos que ven en este procedimiento ventajas lucrativas y mayor disponibilidad de su tiempo. Sin embargo, al hablar de las consecuencias de las cesáreas no se llega a determinar el daño que una cesárea *innecesaria* puede causarle a una mujer. En el trabajo de Villar et al (2006) se realiza un análisis comparativo de varios países latinoamericanos tanto en la prescripción como en el resultado de la cesárea. Entre sus conclusiones presentan las diferentes complicaciones derivadas del procedimiento de la cesárea frente al parto natural: uso aumentado de antibióticos posparto, alta morbilidad materna severa y mortalidad, alta morbilidad fetal y neonatal¹, mayor número de partos pre-término y complicaciones médicas generales. Además se trata de un procedimiento mucho más costoso que el parto natural, de forma que una reducción en el número de cesáreas produciría un importante ahorro para el sistema de salud.

Las recomendaciones acerca de cuántos procedimientos por cesáreas es recomendable para no cometer abusos con este método cambian según las instituciones a las que nos refiramos. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la proporción de nacimientos por cesáreas debería estar entre un 10-15%, mientras que la Norma Oficial Mexicana 007 propone un máximo de 15% de cesáreas en los hospitales de segundo nivel y un 20% en los de tercer nivel, dato muy inferior a la realidad presente hoy en México. Según el informe de la OMS sobre estadísticas sanitarias mundiales (OMS, 2009), solamente China (40,5%), República Dominicana (41,9%) e Italia (37%) superarían en número a las cesáreas realizadas en México (36,1%). Sin embargo, si se toman en cuenta los datos observados tras el análisis de los

certificados de nacimiento en 2013, estaríamos en presencia de un total nacional de 46% cesáreas sobre el total de nacimientos, ubicándose México, pues, a la cabeza mundial del ranking de nacimientos por cesárea.

¿Quiénes son las principales receptoras o usuarias de este tipo de procedimientos? ¿Cuáles han sido los cambios que se han producido en México en los últimos años para explicar las tendencias actuales de incremento en el número total de cesáreas? Dada la situación actual, ¿cuál es el pronóstico de las tendencias según el tipo de nacimiento en el medio plazo en México? Para responder a estas preguntas hemos realizado un análisis de las principales características sociodemográficas de las madres según el tipo de procedimiento. Los datos han sido elaborados a partir de dos fuentes:

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: encuesta de representatividad nacional que contiene un apartado sobre fecundidad en el que se pregunta acerca del embarazo y parto, incluyendo diferentes cuestiones sobre atención médica y procedimientos a los que fueron sometidas tanto las mujeres como sus hijos en el embarazo, parto y puerperio. En total la encuesta presenta 3.021 casos en los que se pregunta sobre tipo de parto.

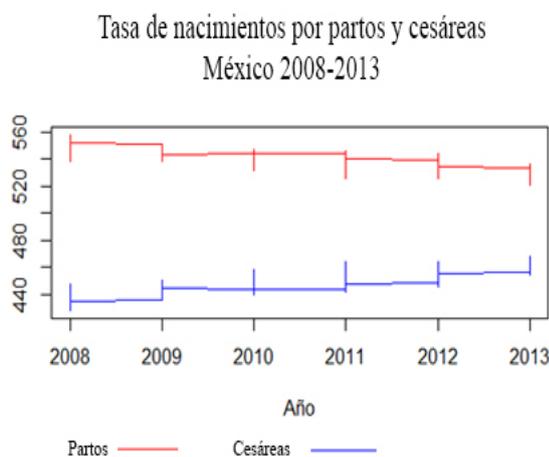
Certificados de nacimiento: en el año 2008 se cambió en México la forma de registrar a los recién nacidos, comenzando a registrarse en los hospitales el momento del nacimiento y las características en las que tuvo lugar. La ventaja de utilizar esta fuente es que proporciona información acerca de todos los niños nacidos en hospitales desde 2008 hasta 2013². Al ser un nuevo proceso administrativo, en los inicios puede presentar un subregistro por omisión de datos; además, es previsible que algunos nacimientos realizados en hogares o no atendidos por personal médico no estén registrados, por lo que podría existir un ligero subregistro de los partos. Otra de las desventajas de este certificado es que no presenta mucha información, por lo que para algunas cuestiones es necesario recurrir a otro tipo de fuentes estadísticas. Aun considerando estos dos inconvenientes, son más las ventajas que presentan tales certificados, al tratarse de la única fuente que incluye de forma desagregada y actualizada todos los nacimientos ocurridos en México.

2. Análisis descriptivo de la evolución de partos y cesáreas

En los seis años seleccionados para este análisis, se observa una clara evolución de incremento en la tasa de cesáreas y descenso en la de partos. Tomando los datos de 2008 (gráfico 1), se observa un 43,9% de cesáreas respecto al total de nacimientos; en 2013, la cifra se incrementa al 46,2%, un incremento del 3.7%. A su vez, los partos naturales cada año se ven disminuidos, pasando del 54,8% al 52,7% en el mismo periodo, un 2,1%, por lo que el descenso en los partos es menor que el incremento en las cesáreas.

El resto de nacimientos son partos instrumentalizados (fórceps y ventosas) y van disminuyendo a favor de las cesáreas, pasando del 1,32% en 2008 al 1,07% en 2013. Se trata de un procedimiento prácticamente en desuso por la preferencia de los profesionales médicos al realizar cesáreas, más rápidas y previsibles. Al ser un número de casos tan pequeño, no se tuvo en consideración para el presente trabajo y la tendencia muestra que se trata de procedimientos que, si no se fomenta su uso, terminarán por ser obsoletos.

Gráfico 1



Elaboración propia a partir de los datos de los Certificados de Nacimiento 2008-20013

Tras observar esta tendencia, nos preguntamos si hay diferencias entre las madres que dan a luz a sus hijos por cada uno de los diferentes procedimientos. A partir de los datos de la ENSANUT 2012, se tomaron en cuenta cuatro variables demográficas básicas; edad, escolaridad, tipo de localidad de residencia y estrato social. Una de las ventajas de la ENSANUT es que, además de diferencias entre tipo de nacimiento,

incluye una categoría específicas para cesáreas de urgencia y programadas, lo que nos permite analizar mejor el fenómeno y llegar a conclusiones más firmes sobre el proceso de medicalización de la maternidad. Todas ellas vienen resumidas en el cuadro 1.

La distribución del tipo de nacimiento según la edad nos indica que a mayor edad más frecuencia de cesáreas programadas. Los protocolos médicos hablan de embarazos de alto riesgo en mujeres mayores de 35 años, pero eso no implica que el nacimiento de sus hijos haya de ser por cesárea. En el cuadro 1 se observa claramente cómo en México sí existe la tendencia a considerar la edad como un elemento justificante de este tipo de procedimiento, observándose un mayor número de cesáreas programadas a medida que avanza la edad de la madre. El número de partos sin embargo desciende a mayor edad, excepto en el grupo de mayores de 45 años, donde habría que observar el motivo por el cual cambia la tendencia, aunque seguramente se pueda aventurar el hecho de que la condición de multíparas de las madres influya en esa decisión. En el caso de las cesáreas de urgencia, se observa un valor mayor del recomendado por la OMS, en ningún caso por debajo del 20% como indica la norma mexicana y sin un patrón claro según la edad de la madre.

Cuadro 1

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), n° 18, 27-43

Características socioeconómicas de las madres según tipo de nacimiento, 2012			
	<i>Parto vaginal</i>	<i>Cesárea de urgencia</i>	<i>Cesárea programada</i>
<i>Edad*</i>			
Menores de 19	64,9%	24,9%	10,2%
20-24	63,0%	26,2%	10,7%
25-29	60,0%	23,4%	16,6%
30-34	58,9%	21,7%	19,5%
35-39	55,2%	24,0%	20,8%
40-44	52,8%	20,8%	26,4%
45 y más	60,7%	25,0%	14,3%
<i>Escolaridad*</i>			
Ninguno	80,2%	9,9%	9,9%
Hasta primaria	68,8%	20,3%	10,9%
Hasta secundaria	61,2%	25,0%	13,7%
Preparatoria, bachillerato, estudios técnicos y similares	54,2%	24,7%	21,2%
Profesionales	32,5%	34,6%	32,9%
<i>Tipo de localidad*</i>			
Rural	66,5%	21,7%	11,8%
Urbano	57,5%	26,1%	16,4%
Metropolitano	55,7%	24,9%	19,5%
<i>Estrato socioeconómico*</i>			
Bajo	68,4%	21,5%	10,1%
Medio	57,7%	25,2%	17,1%
Alto	47,8%	26,8%	25,4%
<i>Total</i>	<i>60,3%</i>	<i>23,9%</i>	<i>15,8%</i>

Elaboración propia con los datos de la Ensanut 2012

* Porcentajes horizontales, $p < 0.001$

El nivel de escolaridad muestra claramente una relación con el fenómeno del parto y la cesárea, siendo esta menor según se incrementa el nivel de escolaridad de la madre. Si sumamos las cesáreas de urgencia y las programadas, en los estratos más bajo el total no llega al 20% de nacimientos de las mujeres sin escolaridad. Según

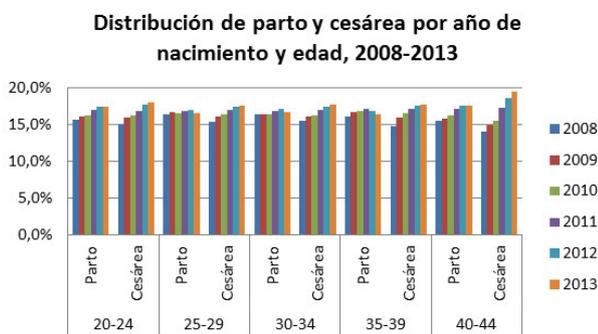
va incrementándose los años de estudio, se ve claramente cómo se incrementan las cesáreas, siendo llamativo que en el caso de las profesionales el 67,5% de los nacimientos sea mediante este procedimiento, duplicando claramente el porcentaje de partos. En estas mujeres las cesáreas urgentes son más numerosas que las programadas, llegando incluso a duplicarlas en algunos casos. ¿Tienen acaso las mujeres con más educación más probabilidad de tener complicaciones en el embarazo o parto que las lleven a indicar una cesárea? ¿El elevado número de cesáreas de urgencia estaría ocultando cesáreas sin justificación médica evidente? La diferencia podría estar en el sistema de salud, mucho más medicalizado según se sube de escala social, donde la práctica privada es predominante y por tanto el “negocio de la maternidad” es patente. También es importante considerar que aquellas mujeres sin escolaridad suelen pertenecer a estratos más bajos, donde existen más riesgos de sufrir complicaciones en el nacimiento de sus hijos, por lo que si por una parte no se someten a procedimientos innecesarios también se puede dar el caso de la falta de recursos en algunas zonas impida realizar un procedimiento que salve la vida de la madre o el hijo.

En el tipo de localidad también se muestra una clara tendencia a menor número de partos y mayor número de cesáreas según se va incrementando el tamaño de ciudad, con un mayor número de cesáreas de urgencia en el ámbito urbano. Aun así, si sumamos los porcentajes de ambas cesáreas se observan más nacimientos según este procedimiento en las zonas metropolitanas. Por lo tanto podemos pensar, que a mayor concentración urbana (ergo más desarrollo), se producen un mayor número de cesáreas, especialmente en cierto estratos socioeconómicos, como vemos en la siguiente variable.

Finalmente el estrato económico nos confirma que efectivamente sí parece existir una relación entre el nacimiento por parto y el nivel socio-económico. Según se incrementa el estrato social, desciende de manera importante el número de partos, las cesáreas de urgencia suben de forma más moderada y las cesáreas programadas son las que mayor cambio representan. En principio, que se rebasen todas las recomendaciones acerca del número de cesáreas podría dar lugar a pensar que en México existe un problema de las mujeres a la hora de dar a luz; sin embargo parece ser que la diferenciación social sí es un factor importante para entender el elevado número de cesáreas en México.

La gran ventaja de utilizar los certificados de nacimiento es que nos permite ver el cambio tomando variables independientes. Si analizamos el grupo de edad es posible ver cómo, exceptuando el primer y último grupo, los partos se mantienen más o menos estables en el periodo de tiempo estudiado. Si nos centramos en analizar los nacimientos por cesárea, en todos los años se observa un incremento en el porcentaje de cesáreas, principalmente en el último grupo de edad, 40-44, donde las cesáreas se incrementan en un 5,5% en tan sólo 6 años, lo que supone casi un 1% de incremento anual.

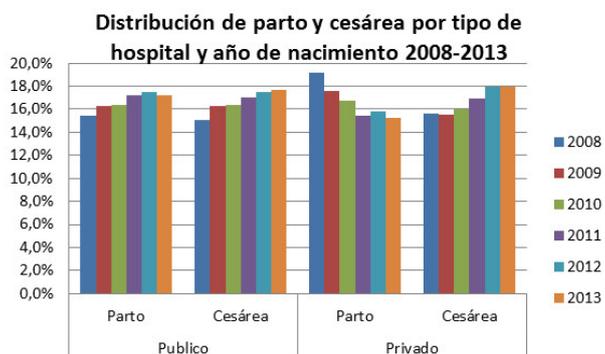
Gráfico 2



Elaboración propia a partir de los datos de los Certificados de Nacimientos. $P < 0.001$

La siguiente variable que consideramos ilustrativa de este proceso es el tipo de nacimiento según el hospital sea público o privado (gráfico 3). En este caso queda manifiesto cómo apenas existen diferencias entre la evolución de los partos y cesáreas en los hospitales públicos, donde ambos tipos incrementaron su frecuencia debido en parte al incremento general de nacimientos observados los últimos años. Sin embargo, en el caso de los hospitales privados la situación cambia radicalmente. El porcentaje de partos desciende de forma significativa, mientras que el porcentaje de cesáreas se incrementa cada año. Son varios los factores que explican la diferencia entre hospitales públicos y privados; el principal es el diferencial de coste del parto según nacimiento, siendo mucho más lucrativa la cesárea que el nacimiento vaginal, de forma que el profesional médico procurará siempre proponer este procedimiento que les implica menor tiempo y más ganancias económicas.

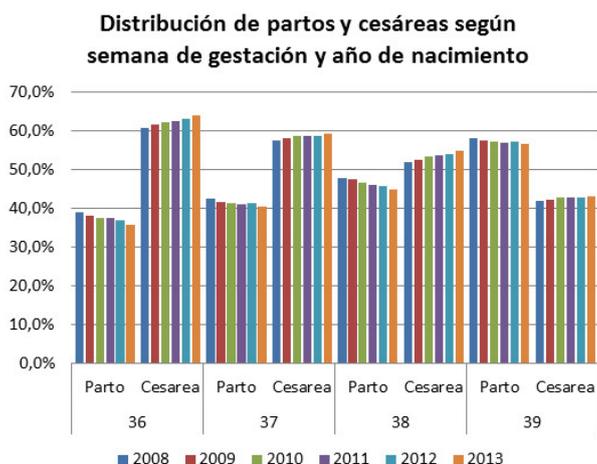
Gráfico 3



Elaboración propia a partir de los datos de los Certificados de Nacimientos. $P < 0.001$

Una de las consecuencias negativas del uso de cesáreas sin indicación médica es que el bebé nazca de forma prematura y esto le genere problemas debido a diferentes causas. En el gráfico 4 se presenta un cuadro en el que se observa cómo existe un mayor número de nacimientos por cesárea a menor edad gestacional. A nivel longitudinal se observa cómo además es una tendencia que se acentúa con el tiempo: en la semana gestacional 36 se ve cómo va disminuyendo el número de partos y se incrementan el número de cesáreas, hasta llegar a la semana 39, donde los partos superan a las cesáreas y no hay cambios significativos en la evolución de los mismos. Dicho de otro modo, se observa cómo a lo largo del tiempo se emplea en mayor medida el procedimiento por cesárea en los nacimientos prematuros.

Gráfico 4



Elaboración propia a partir de los datos de los Certificados de Nacimientos. $P < 0.001$

A modo de resumen, podemos concluir que las cesáreas presentan un fuerte componente social, de forma que las mujeres de mayores estratos sociales, nivel de escolaridad profesional, posibilidad de entrar en el servicio médico privado y de origen metropolitano, acusan un mayor número de nacimientos por cesárea que el resto de las madres.

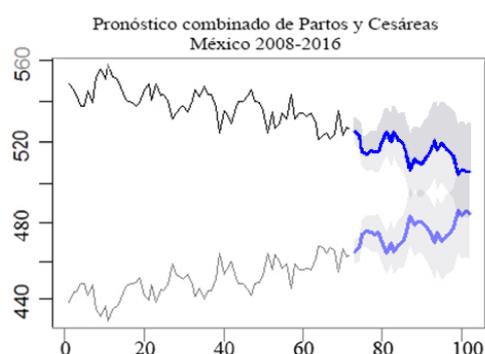
3. Pronóstico a medio plazo de nacimiento por parto y cesárea en México

Considerando el alto número de cesáreas en México, la siguiente preocupación evidente es si el alza en las tasas continuará en los próximos años. Para ello, se realizó un pronóstico a 30 meses en la evolución de las tasas de partos y de cesáreas mediante un procedimiento Autorregresivo Integrado de Medias Móviles (ARIMA), basado en el análisis estadístico de series temporales. Por medio de regresiones, este modelo es capaz de encontrar un patrón para realizar una predicción a futuro a través de los datos del pasado, de forma que no es necesaria la inclusión de variables independientes, sino que con la información de la misma variable es posible llegar a conclusiones sobre las tendencias a futuro. La ventaja de utilizar este tipo de herramientas es que nos proporciona los diferentes escenarios sobre la evolución del parto y las cesáreas en los próximos 30 meses con un intervalo de confianza del 95%.

En este tipo de modelos estadísticos hay dos elementos para analizar, a saber: la *estacionariedad* y la *estacionalidad*. Un proceso estocástico es aquel cuya distribución de probabilidad en un instante de tiempo fijo es la misma para todos los instantes del tiempo; en este caso, la *estacionariedad* del modelo se logró eliminar aplicando una diferencia. El segundo elemento es la *estacionalidad*, que significa la periodicidad o no a lo largo de la serie; en el caso de partos y cesáreas este fenómeno viene dado por la estacionalidad de los nacimientos. Debido al escaso número de observaciones (6 años divididos en sus respectivos meses), el modelo no resultó significativo en este punto, de forma que fue necesario forzar el supuesto de estacionalidad. Al contrastar los modelos con y sin estacionalidad, resultaron más robustos los primeros, aunque no del todo significativos. Al finalizar el análisis, el resultado fue un modelo ARIMA (2,1,1) (2,1,1) 12, tanto para la curva de partos como para la de cesáreas. El pronóstico se realizó de 30 meses contando a partir de enero de 2014, de modo que el resultado son los diferentes escenarios según el procedimiento de nacimiento hasta junio de 2016.

El resultado del modelo se presenta en el gráfico 5, en el cual se puede ver el producto final de los pronósticos de las tasas de partos y cesáreas. Los valores proyectados comienzan en la zona sombreada correspondiente al intervalo de confianza del 95%. La ventaja del procedimiento ARIMA es que pronostica, como se mencionó, los diferentes escenarios que pueden tener lugar con una probabilidad de éxito del 95%:

Gráfico 5



Elaboración propia a partir de los datos de los Certificados de Nacimientos 2008-2013

Hasta el momento se ha visto cómo la tasa de nacimientos por parto en México va descendiendo a favor de los nacimientos por cesárea. En el gráfico 5 se ve claramente la tendencia al descenso de los nacimientos por parto en México, manteniendo la estacionalidad una estacionalidad relativamente regular, con mayor número de partos en los meses de otoño y un descenso en primavera, coincidiendo con la estacionalidad de los nacimientos en general en México. Según los resultados del pronóstico y con un intervalo de confianza del 95%, se espera que en junio de 2016 la tasa de partos se situará entre el 48,3% y el 52,9%. Si consideramos que el valor observado en 2013 es del 52,7%, el pronóstico marca claramente un descenso del número de partos incluso en el mejor de los escenarios posibles.

El pronóstico de cesáreas nos muestra el ascenso de las mismas manteniendo su estacionalidad, con mayor número de nacimientos en los meses de primavera y descenso de los mismos en otoño, al contrario de lo sucedido en los partos. El número de cesáreas en junio de 2016 se situaría entre el 46,8% y el 50,1% del total de nacimientos, considerando un intervalo de confianza del 95%. Si el valor del total de cesáreas en México en 2013 es de 46,2%, estaríamos incluyendo los escenarios más extremos en un inevitable incremento en el número de cesáreas. Considerando

la estacionalidad del fenómeno, y situándonos en el límite superior del pronóstico, en marzo de 2015 casi la mitad de los nacimientos en México, el 49,9%, se podrían realizar mediante cesáreas. Para el año 2016 y en las mismas fechas, la cifra ya superaría el 50%, por lo que podemos concluir que con el 95% de nivel de confianza que es una situación totalmente viable que en el mediano plazo los nacimientos por cesáreas superen al total de nacimientos por parto en México.

Según el valor promedio del pronóstico, se estima un 48.5% de cesáreas al final del periodo observado, mientras que los partos se estiman en un 55.6% de los nacimientos. Puede observarse que no suman 100 entre los dos, puesto que al realizar los pronósticos de forma diferenciada no se tiene en cuenta la evolución de la otra variable. Sin embargo se puede apreciar cómo las cesáreas se acercan más a la cuota del 50% que los partos y que, en el mejor de los escenarios, en junio de 2016 estaríamos ante un 52% de partos frente a un 46% de cesáreas; es decir, la tendencia al incremento de las cesáreas es latente en el corto plazo.

Por el origen de los datos existe una subestimación de los nacimientos por parto. Según se va afianzando el uso generalizado del certificado por nacimiento, se espera que alcance a la totalidad de nacimientos sucedidos en México. Se trata de nacimientos ocurridos en zonas rurales de difícil acceso no atendidos por personal sanitario. En la actualidad se está formando a parteras profesionales para poder llegar a esta población y que estos neonatos estén debidamente documentados. Por otra parte queda igualmente sin registrar la mortalidad neonatal de muchas zonas rurales. Si esta población pudiera tener acceso a servicios obstétricos, es probable que mediante una cesárea o un tratamiento adecuado muchos de esos bebés pudieran sobrevivir. Sin embargo, las tendencias son demasiado evidentes como para suponer que esos nacimientos que no han sido registrados puedan afectar de forma significativa el pronóstico; como mucho podrían retrasar ligeramente el momento de convergencia entre cesáreas y partos.

4. Incremento en el número de cesáreas sin indicación médica y violencia obstétrica en México

El trabajo de parto es un proceso fisiológico que, en principio, no debería presentar *per se* ningún tipo de complicaciones. La operación por cesárea se trata de una

cirugía mayor en la cual se realiza una incisión en la pared abdominal y uterina para extraer el bebé del vientre de su madre, que por diferentes razones no puede parir al bebé por vía vaginal. El procedimiento por cesárea realizado en condiciones óptimas es relativamente seguro tanto para la madre como para el bebé, pero si no se realiza por indicación médica justificada puede presentar más riesgos para ambos. Precisamente es el abuso generalizado de esta técnica lo que ha hecho que se la incluya en la definición de *violencia obstétrica*.

En la actualidad el delito de violencia obstétrica está contemplado en 4 de los 31 estados de la República Mexicana: Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz. Como violencia obstétrica se reconoce la colocación de dispositivos intrauterinos durante el parto, las prácticas abusivas de esterilización y el incremento de nacimientos por cesárea (Ochoa Ávalos, 2014, 244). En este sentido el nacimiento por cesárea innecesaria se considera violencia obstétrica, puesto que supone una práctica médica intrusiva que conlleva un mayor riesgo para la mujer, poniendo en peligro su vida y la de su bebé en mayor medida que si se realizara un parto natural.

Son muchas las causas que dan lugar a un nacimiento por cesárea no justificado. Según el trabajo de Muñoz-Enciso et al. (2011), las principales causas diagnosticadas como causa de cesárea en México son las siguientes:

- Desproporción céfalo-pélvica: en términos generales significa que las madres gestan a bebés demasiado grandes con respecto a la anchura de sus caderas, lo que puede causar riesgos en el momento del nacimiento. Sin embargo el peso promedio de los recién nacidos en México no difiere significativamente entre partos y cesáreas, por lo que no se encuentra justificación para que esta sea la mayor razón que se aduzca para programar una cesárea.
- Cesárea previa: el riesgo de nacimiento vía vaginal con cesárea previa consiste en la posibilidad de que la cicatriz de la cesárea se rasgue durante el trabajo de parto, generando una hemorragia con gran riesgo para la madre y el niño. Sin embargo, si existe un tiempo considerable entre los dos nacimientos (mínimo de un año antes de embarazarse del segundo hijo), la cicatriz queda suficientemente sellada y la posibilidad de ruptura se minimiza considerablemente. En realidad, Muñoz-Enciso et al. (2011) relacionan el uso de cesárea por cesárea previa con una masificación de la atención en hospitales, que no permiten tener la vigilancia que se necesita en este tipo de situaciones, de forma que se abrevia tiempo y se evitan conflictos.

- Baja reserva fetal: se cuestiona puesto que, pese a que hay medios tecnológicos para detectarla, no se le permite a la madre la oportunidad de someterse a un parto inducido, que sería la opción recomendada.
- Sufrimiento fetal: tal y como sucede con la desproporción cefalo-pélvica, no se encuentran evidencias tras el análisis de la calificación de Apgar de que ese sufrimiento haya tenido lugar, debido a las calificaciones altas en todos los grupos.

Existen, además, una serie de prácticas que minimizarían el número de cesáreas, como la formación de parteras especializadas, el uso limitado de la oxitocina en el parto, la monitorización continua y la norma de evitar la primera cesárea (Suarez-López et al., 2013).

Si los diagnósticos para la realización de una cesárea no son acertados y si existen una serie de prácticas que podrían limitar el uso de cesáreas, ¿qué está pasando en México para que cada año el número de cesáreas aumente hasta llegar a ser similar al de partos? Roberto Castro (2014) lleva 25 años estudiando la situación de violencia obstétrica en México. Para este sociólogo son varios los hechos denunciados en este campo. Según los datos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el mayor número de quejas presentadas se encuentra en la rama de gineco-obstetricia, de las cuales el 46,3% está relacionado con nacimientos por cesárea. Para Castro se han proporcionado en la literatura sobre violencia obstétrica dos grandes explicaciones: las difíciles condiciones de trabajo del personal que trabaja en las instituciones de salud y la falta de formación ética del personal médico, que se resume en *humanizar* tanto a los médicos como a la atención que brindan. Se trata de una crisis de valores presente en la medicina actual, en la que se justifica el maltrato a las mujeres (Castro, 2014, 169-170). Según Castro, se trata de la presencia de un *habitus* médico que “se gesta en las facultades de medicina y que se consolida durante los años de especialización en los hospitales, y la relación autoritaria que los médicos propenden a establecer con las mujeres durante la atención del parto” (ibíd.). Es decir, la ética médica constituye un problema de base universitaria que se consolida y se perpetúa durante toda la práctica profesional.

En el análisis de las cesáreas observado en la primera parte de este trabajo, quedó patente cómo el uso de las cesáreas es más frecuente en mujeres entre 30-45 años, con mayor escolaridad, de origen urbano y de estratos superiores. ¿Acaso estas mujeres tienen características biológicas especiales que las hacen más propensas a un procedimiento de cesárea? Parece por los datos presentados que existe una

clara diferenciación por clase social mediante la cual las clases más favorecidas optan en mayor medida por este tipo de procedimiento. Los hospitales privados cuentan con una mayor tasa de cesáreas, llegando en algunos casos a representar el 70% de los nacimientos totales según los datos de la ENSANUT 2012. Pese a las recomendaciones para disminuir en número de cesáreas en México, se observa claramente como este proceso va en aumento en los últimos años, principalmente debido al peso de los hospitales privados, pero también con un incremento en los públicos. Además, las causas por las que algunos médicos recomiendan este tipo de procedimiento de forma innecesaria también se incrementan, como la edad de la madre en tanto que factor de embarazo de alto riesgo.

Finalmente, lo que sí es un hecho es que el nacimiento por cesárea implica un presupuesto más elevado que el nacimiento por vía vaginal, debido a los honorarios médicos ocasionados por una cirugía mayor y más días de ingreso hospitalario, lo que supone ingresos superiores tanto para el médico como para el hospital. Esto supone un gran incentivo para los profesionales médicos, que plantean la programación de la cesárea por comodidad de la madre, omitiendo los riesgos que supone este procedimiento en el caso de no existir razones médicas contundentes para llevarlo a cabo, o en el peor de los casos exagerando sobre determinadas patologías que por sí solas no son causas para indicar el nacimiento programado por cesárea.

En definitiva, el incremento de las cesáreas en México es una muestra más de un proceso generalizado de medicalización de la maternidad, en el cual el respeto a los procesos fisiológicos queda relegado a un segundo paso. Ello se manifiesta también en el proceso de fecundación, por ejemplo, a través de las fuertes campañas anticonceptivas para reducir la fecundidad; o en la patologización del embarazo, presentándose como enfermedad en lugar de como proceso fisiológico; y, por supuesto, en el incremento de cesáreas en detrimento del parto vaginal o la negación de la lactancia materna, fomentando aún desde algunos hospitales el uso de leches artificiales. Este hecho se vuelve más evidente, de nuevo, según subimos de clase social, dando un paso más desde la medicalización de la maternidad hasta una abierta *mercantilización* de la misma.

A pesar de los diferentes esfuerzos por revertir esta tendencia, el análisis a medio plazo indica que en el mejor de los casos se puede estabilizar las tasas de nacimiento por parto y cesárea, pero no es previsible su reducción en los próximos 30 meses.

Por lo tanto, parece necesario un gran esfuerzo por parte de los organismos de salud públicos y privados para garantizar los derechos en materia de salud reproductiva de las madres mexicanas y, ante todo, brindarles la experiencia más respetuosa y segura en el nacimiento de sus hijos.

Conclusiones

A modo de conclusión hemos visto cómo el fenómeno de las cesáreas en México presenta un gran componente social, siendo la forma de nacimiento mayoritaria entre las clases económicas superiores. El parto vía vaginal, al contrario, es propio de mujeres rurales, sin educación y que son atendidas en hospitales públicos. La cesárea supone entonces un importante factor de demostración de clase social, independientemente de las razones médicas que la justifiquen. Por otro lado hemos visto cómo desde el campo médico es practicada a causa de suponer, en gran medida, un procedimiento cómodo y lucrativo, de forma que se intenta incentivar su uso, convenciendo a las madres de que es su única opción o la más recomendable en su defecto.

Si no se toma medidas de forma generalizada por parte de las correspondientes instituciones de salud, en un plazo menor de dos años se revertirá el procedimiento de nacimiento en México, siendo la cesárea la forma más frecuente frente al parto vía vaginal. Las implicaciones a nivel de salud pública y los efectos sobre el costo del parto se elevan considerablemente, siendo la cesárea un proceso únicamente aconsejado para patologías concretas, muy diferentes a las que se contemplan como mayoritarias en otros ámbitos médicos.

Bibliografía

- Castro, Roberto (2014), "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México", *Revista Mexicana de Sociología*, 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197
- Cryer, Jonathan D. y Chan, Kung-Sik (2008), *Time series analysis: with applications*, Iowa: R. Springer
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), México
- Muñoz-Enciso, José Manuel; Rosales-Aujang, E.; Domínguez-Ponce, G. y Serrano-Díaz, CL. (2011), "Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?", *Ginecol Obstet Mex*, 79 (2): 67-74

Ochoa Avalos, María Candelaria (2014), "Ni omisión, ni diferencia", *La Ventana*, 39: 241-247

Organización Mundial de la Salud (2009), *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*. Tabla 4:71-81

Secretaría de Salud, *Certificados de Nacimiento 2008-2013*, México

Suarez-López Leticia; Campero L., De la Vara-Salazar E.; Rivera-Rivera, L.; Hernández-Serrato, M.I.; Walker, D.; Lazcano-Ponce, E. (2013), "Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México", *Salud Pública de México*, 55-2: 225-234

Villar, José et al. (2006), "Tasas de cesáreas y resultados perinatales: estudio global de WHO 2005 sobre salud materna y perinatal en América Latina", *The Lancet*, 367- 9225: 1819-1829

Notas

1. El riesgo estimado de la muerte de la madre después de un parto por cesárea es inferior a 1 cada 2.500. El riesgo de muerte después de un parto vaginal es inferior a 1 cada 10.000. El riesgo de muerte para los bebés prematuros nacidos por cesárea electiva es de 54 cada 10.000, mientras para los nacidos por parto vaginal es de 14 cada 10.000 [<http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=103878>].
2. En el momento de redacción de este trabajo aún no habían salido publicados los certificados médicos de 2014.