

La complejidad de las

cesáreas:

entre el riesgo, las razones médicas y el derecho



JUAN CARLOS VELASCO

Notable incremento de cesáreas

Como sabemos, la cesárea es una operación en la que se extrae al bebé y la placenta del útero de la madre. En principio, se considera necesaria cuando el parto vaginal es muy arriesgado o cuando se presenta alguna complicación en el mismo; sin embargo, desde la década de 1970 se ha elevado la tasa de cesáreas en todo el mundo. Se estima que es la cirugía más frecuente en los Estados Unidos, mientras que en América Latina, la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal (2004-2005) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una tasa media de 33% y la tasa más alta fue registrada en los hospitales privados, con 51%, cifras que superan ampliamente el 10%-15% recomendado por la OMS desde hace casi tres décadas.

En el caso de México, los académicos Esteban Puentes, Octavio Gómez y Francisco Garrido indican en un estudio publicado en 2004 en la *Revista de Salud Pública de México*, que en 1991 las tasas de cesáreas ya eran elevadas, y hubo un incremento anual de aproximadamente 1% hasta 1999. Señalan que el porcentaje de cesáreas en 1999 fue superior al 35%, pero los valores más altos se registraron en el sector privado, con 53%.

Datos más recientes, resultado de nuestras estimaciones con base en la información de la Secretaría de Salud (2001-2008), evidencian que a partir de 2001, en las instituciones públicas de salud se ha presentado un incremento anual en la tasa de cesáreas de 1.27%, aunque hay entidades en las que el aumento supera el 3%, como Chihuahua, Guerrero y Quintana Roo. Los únicos estados en los que se documenta un descenso anual en la tasa de cesáreas en el periodo 2001-2008 son Nuevo León, Morelos y el Distrito Federal.

Para el año 2008, nuestro país registró, en promedio, una tasa de 36.2% de cesáreas en instituciones públicas de salud. Quintana Roo es el estado con la tasa

La introducción del ultrasonido obstétrico, herramienta tecnológica clave para la decisión de practicar la operación cesárea, se ha acompañado de un aumento en la tasa de éstas; en el proceso, el cuerpo de la madre “desaparece” de los elementos que sustentan la decisión y solamente queda la imagen de la seguridad fetal.

más elevada: 45.6%, seguido por Coahuila, Chihuahua, Yucatán, Sinaloa y Colima; las entidades con las tasas más bajas son Zacatecas, Nayarit y, con el menor porcentaje (28.8%), Chiapas. Las cifras entre estados son muy variadas, pero todas duplican el máximo aceptable propuesto por la OMS (ver cuadro).

El aumento de operaciones cesáreas es innegable, y evidentemente no sólo en México. Esto obedece a un complejo entramado de motivos que vale la pena revisar.

Porcentaje de cesáreas e incremento proporcional en el periodo 2001-2008 en el sector público de México por entidad federativa.

Entidad federativa	% cesáreas en hospitales y clínicas públicas (2008)	% incremento cesáreas (2001-2008)
Nacional	36.2	10.2
Aguascalientes	44.3	24.4
Baja California	38.2	12.6
Baja California Sur	38.5	7.7
Campeche	39.0	18.4
Coahuila	44.7	23.7
Colima	40.4	11.2
Chiapas	28.8	3.2
Chihuahua	44.2	33.7
Distrito Federal	34.2	-10.3
Durango	35.6	16.1
Guanajuato	35.9	11.3
Guerrero	35.6	28.0
Hidalgo	32.0	1.5
Jalisco	34.9	6.1
México	36.3	18.1
Michoacán	34.4	14.3
Morelos	34.2	-5.3
Nayarit	30.6	7.4
Nuevo León	32.8	-27.6
Oaxaca	33.1	9.0
Puebla	34.0	19.3
Querétaro	38.0	13.4
Quintana Roo	45.6	25.8
San Luis Potosí	33.3	22.7
Sinaloa	41.3	10.7
Sonora	38.5	11.9
Tabasco	38.1	4.2
Tamaulipas	39.7	16.4
Tlaxcala	37.4	16.0
Veracruz	35.0	8.1
Yucatán	41.5	12.2
Zacatecas	31.2	20.8

Nota: No incluye sector privado ni la Secretaría de la Defensa Nacional.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud. DGIS.

Boletín de Información Estadística No. 28, Vol. III. 2008.

Seguridad y riesgo

En varias investigaciones se han documentado diversas razones para explicar el incremento de las cesáreas; entre ellas, podemos mencionar el mejoramiento en las técnicas quirúrgicas y anestésicas; la percepción de seguridad de la operación que tienen las mujeres y el personal médico; cambios en el sistema de salud con un aumento en la oferta de servicios médicos privados; mayor número de médicos especialistas obstetras; la introducción generalizada del ultrasonido obstétrico en hospitales, centros de salud y consultorios, y de manera sorprendente, un aumento de la demanda de operación cesárea, sin indicación clínica, por parte de las mujeres embarazadas.

Existen importantes debates alrededor de estas causas. Aunque hay autores cuyos datos indican que no existe un incremento de mortalidad materna asociada con las cesáreas, ni tampoco en el periodo inmediato antes o después del parto, o bien, durante éste (mortalidad perinatal), los resultados del análisis de la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS evidencian que la operación está relacionada con mayor y más grave morbilidad (proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado) y mortalidad materna, así como con mayor morbilidad fetal y neonatal, aun después de ajustar las cifras por características demográficas, factores de riesgo, complicaciones generales y del embarazo, tipo y complejidad de las instituciones de salud.

Esto implica que, por una parte, hay una percepción de que las cesáreas son seguras y forman parte de un esquema médico que ha mejorado, aunque por otro lado, los análisis de la OMS indican que los



JUAN CARLOS VELASCO

La demanda de la operación cesárea ha sido concebida por algunos grupos de mujeres como un derecho, independientemente de sus razones para hacerlo o de que no existan argumentos médicos. Mientras algunas mujeres embarazadas demandan la operación, otras exigen un parto vaginal “humanizado”, acompañado por parteras capacitadas.

riesgos asociados con la cirugía son más altos de lo que normalmente suponemos.

Tecnología y decisiones

Desde la perspectiva feminista y de derechos sexuales y reproductivos, algunos autores en la década de los noventa señalaban que la práctica de la operación cesárea es producto de una decisión médica arbitraria que no toma en cuenta los derechos reproductivos de las mujeres. Para Judith Walzer, especialista en historia médica y bioética, así como en género y estudios de las mujeres, se trata de una expresión del control de los médicos sobre los cuerpos de las mujeres; estos especialistas se han apropiado de los espacios hospitalarios, y con el apoyo de las innovaciones tecnológicas y los propios intereses médicos, se convierten en los árbitros de las decisiones en las salas de expulsión o parto y en los quirófanos.

En ese sentido, para la antropóloga médica Claire Wendland, la filosofía de la “medicina basada en evidencia” se sustenta más en ensayos clínicos y datos agregados que en la experiencia clínica. La introducción del ultrasonido obstétrico, herramienta tecno-

lógica clave para la decisión de practicar la operación cesárea, se ha acompañado de un aumento en la tasa de éstas; en el proceso, el cuerpo de la madre “desaparece” de los elementos que sustentan la decisión de practicarla, y solamente queda la imagen de la seguridad fetal y el argumento de prevenirle cualquier daño durante el nacimiento.

La intervención médica durante el parto, acompañada de innovaciones tecnológicas para apoyar la decisión de practicar o no una operación cesárea, ha sido vista como un proceso de medicalización que “ha llegado demasiado lejos”; proceso que es especialmente grave en el sector privado donde se registra la tasa más elevada de cesáreas no deseadas.

Sin embargo, el ultrasonido obstétrico también influye en el temor de los médicos a realizar una mala práctica, lo que acompañado de la aparente alta seguridad de la operación cesárea, favorece la decisión médica para practicarla, dando como resultado lo que se ha llamado “medicina defensiva”.

Cesáreas y derechos reproductivos

Como ya mencionamos, también hay una creciente demanda de operación cesárea

por parte de las mujeres, aunque todavía se da en una proporción relativamente pequeña. Una investigación encabezada por Chris McCourt, Jane Weaver y otros colaboradores en 2007, documenta las razones que dan las mujeres para preferir una operación cesárea e incluye factores como la seguridad del feto, aspectos psicológicos, percepción de seguridad del procedimiento quirúrgico y temor al dolor del parto (este último se ha asociado, en ocasiones, al abuso sexual en la niñez o en la adolescencia).

La demanda de la operación ha sido concebida por algunos grupos de mujeres como un *derecho* en tanto que son ellas las que pueden elegirla, independientemente de sus razones o de que no existan motivos médicos. Este argumento fue clave para que la Cámara de Diputados de México rechazara en fechas recientes el Artículo 62 Bis de la Ley General de Salud que intentaba regular las cirugías al señalar: “la operación cesárea sólo será efectuada cuando exista causa médica que la justifique [...] Su práctica deberá sujetarse a las disposiciones de carácter general que para tal efecto emita la Secretaría de Salud, las cuales deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación” (Notimex, 9 de febrero de 2012).


Mientras algunas mujeres embarazadas prefieren la operación cesárea, otras exigen un parto vaginal “humanizado”, acompañado por parteras capacitadas. La Organización Mundial de la Salud, en un informe de 1985 acerca de “Tecnologías de parto apropiadas”, manifestaba: “¡El nacimiento no es una enfermedad!”, y recomendaba el fomento a la capacitación de obstétricas y matronas profesionales, quienes deben “encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio”.

Esta postura oficial se ha visto tensionada por la reciente necesidad de acelerar los progresos para el cumplimiento del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio, cuya meta consiste en reducir la razón de mortalidad materna¹ en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Para ello, se promueve el incremento de la proporción

¹ El número de mujeres que fallecen por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, dividido entre el total de nacidos vivos.

de partos atendidos por personal sanitario especializado, que empíricamente ha sido entendido como personal médico en unidades de salud, excluyendo de manera implícita el trabajo de las obstétricas y matronas (parteras capacitadas).

Lo anterior se registra en un contexto en el que se conjuntan factores como el aumento de los servicios médicos privados, el incentivo económico que representa una operación cesárea para los especialistas obstetras, el temor de éstos de realizar una mala práctica en la atención del parto y la creciente demanda de la cirugía por las mujeres embarazadas, lo que dificulta enormemente la posibilidad de regulación y control de esta intervención quirúrgica.

Una reflexión importante es que la seguridad de la operación varía de hospital a hospital y de región a región, por lo que la aparente seguridad de la cesárea electiva, por razones médicas o sin ellas, debe ser tomada con cautela. Los datos derivados de la Encuesta Mundial en Salud Materna y Perinatal de la OMS (2004-2005), tendrían que ser suficientes para reflexionar no sólo respecto a los riesgos de complicaciones y muerte materna y perinatal asociados con la operación en América Latina, sino sobre la relación entre la práctica actual de la medicina alópata y la creciente privatización de los servicios de salud, la relación con las parteras, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. 

Austreberta Nazar (anazar@ecosur.mx), Benito Salvatierra (bsalvati@ecosur.mx) e Irene Sánchez Moreno (isanchezm@ecosur.mx) son investigadores del Área de Sociedad, Cultura y Salud, ECOSUR San Cristóbal.



JUAN CARLOS VELASCO

ENTÉRATE

El origen de la palabra cesárea se ha atribuido erróneamente a la idea de que Julio César nació mediante una intervención quirúrgica y no por parto vaginal. Una ley romana indicaba que la operación debía practicarse para separar al niño de su madre moribunda; la ley se llamaba *lex caesarea*, nombre que pudo derivar de la falsa historia del nacimiento del emperador y que pudo influir posteriormente en el nombre de la operación. Sin embargo, el término cesárea parece más bien provenir del latín *caedere*: cortar, efectuar cisura.

Fuente: <http://www.deguate.com/infocentros/mujer/maternidad/porcesareahistoria.htm>

