

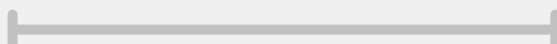
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Roberto Antonio Casale

NIVELES SOCIOECONOMICOS Y TASA DE CESAREA EN LA ARGENTINA ¿UNA INEQUIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD?

2007



Citar como: Casale, R. (2007). Niveles socioeconómicos y tasa de cesárea en la Argentina. ¿Una inequidad en el acceso a la salud?. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Niveles socioeconómicos y tasa de cesárea en la Argentina ¿Una inequidad en el acceso a la salud?

Introducción

La tasa de cesárea ha crecido desde cerca de un 5%, en países en vías de desarrollo, en los comienzos de 1970, a más de un 50% en algunas regiones del mundo, para comienzos del 2000 (Belizán 1999).

Algunos factores han contribuido a este aumento como: el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, la reducción del riesgo de complicaciones postoperatorias, factores nutricionales y demográficos y la percepción de médicos y de pacientes como un “procedimiento seguro”, con menor tolerancia a los riesgos. Es más fácil efectuar una cesárea que un parto complicado, conveniente para los médicos por comodidad y empleado, como parte de una medicina defensiva, por el temor a los juicios de mala praxis (Murray 2000). Desde otro punto, también influye la elección que toma la mujer de su modo de parto, esta situación es reconocida como un “derecho de las mujeres” y denominada cesárea a demanda.

La cesárea, en determinados casos, es realizada para proteger de la incontinencia urinaria, el prolapso genital y la disatisfacción sexual que pueden ocurrir luego de un parto vaginal (Wu 2005).

En estos 25 años, también han influido en este aumento, el uso de la tecnología médica, como el empleo de la anestesia peridural y el uso del monitoreo electrónico fetal. El uso generalizado del monitoreo electrónico brinda una sensación de protección para las madres pero tiene un valor limitado para evaluar la salud fetal, con una alta tasa de falsos positivos para la detección de hipoxia fetal y acidosis (Casale 2004). La anestesia peridural ha permitido a las mujeres una efectiva y segura analgesia durante el trabajo de parto, pero puede incrementar los riesgos de distocia y por lo tanto de cesárea en mujeres nulíparas (Thorpe 1993).

Existe una fuerte asociación entre el aumento de la tasa de cesárea y pobres resultados maternos y perinatales.

Este aumento en el número de nacimientos por cesárea ha estado asociado con severa morbilidad materna, admisión de recién nacidos a terapia intensiva con aumento de la morbilidad neonatal, y sin un claro mejoramiento en las condiciones de atención del parto y cuidado del recién nacido.

Inequidades socioeconómicas y dificultad en el acceso al sistema de salud hace que este aumento en la tasa de cesárea no sea igual en todos los lugares, con un mayor incremento en hospitales privados, relacionado con el mayor nivel socioeconómico de las mujeres. Además, esta situación aumenta indefectiblemente los costos en salud, por la mayor tasa de utilización del sistema de salud y por el mayor daño que genera lo que llevara a mayor inequidad e inaccesibilidad.

En algunos casos, beneficios financieros personales crean una demanda incrementada de cesáreas ofrecidas a mujeres de altos niveles económicos, como una vía “distintiva” del parto y que, con el tiempo, esta situación tratará de ser imitada por otros grupos sociales.

La mayor tasa de cesárea aceptable, del 15%, fue propuesta por la OMS en 1985 basada sobre tasa de cesáreas de algunos países con la más baja tasa de mortalidad perinatal en el mundo. Esta propuesta fue adoptada como uno de los objetivos para el año 2000 por el departamento de salud de los EEUU.

El aumento en la tasa de cesárea que se registra en Latinoamérica y especialmente en Argentina representa un grave problema de salud pública, de causas no claramente investigadas y que su resolución pasa por una adecuada gestión entre sus diferentes actores.

En determinadas situaciones la cesárea se conoce como un privilegio, una atención distintiva del parto, una nueva forma de nacimiento, que esta muy influenciada por el diferente nivel económico, social y cultural de la mujer atendida; y reflejado esto en la alta tasa de cesárea que, en algunas instituciones privadas, llega al 60 %. Este es el caso de clínicas y hospitales privados que atienden a pacientes de altos ingresos con prepagas caras.

Como contrapartida las mujeres más pobres reciben menos cesáreas, en su mayoría atendidas en instituciones públicas con bajo número de cesáreas. Las mujeres de bajos ingresos reciben mejor calidad de atención médica dado por el bajo índice de cesáreas

¿Este "menor acceso" a una práctica representa, en la mujer de nivel socioeconómico bajo una inequidad o, en este particular, un mejor estándar de cuidado en su salud que las mujeres con niveles socioeconómicos altos?

¿Una inequidad en el acceso, se transforma en un beneficio para la salud?

La información sobre la tasa de cesárea no es fácilmente obtenida en la mayoría de los países latinoamericanos por una falta de adecuados registros nacionales. En Argentina no existe disponibilidad de un registro nacional único, que abarque todos los nacimientos y por lo tanto obtener una tasa nacional. La misma debe ser calculada, en base a diferentes sistemas de información, y en este particular, el más importante es el Sistema Informático Perinatal (SIP) del Ministerio de Salud de la Nación, que relaciona tasas institucionales de cesárea con la proporción de esos mismos nacimientos institucionales.

Metodología

Para el presente trabajo se empleará la base de datos del Sistema Informático Perinatal de la República Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social, Dirección de Maternidad e Infancia, del periodo 2005, que es el primero publicado y que representa la fuente más confiable de datos disponible a nivel nacional. En el año 2005 se registraron en la Argentina 712.220 nacidos vivos (*Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Estadísticas Vitales, Información Básica 2005*). Casi la totalidad de estos nacimientos ocurrieron en un establecimiento de salud (partos institucionales: 98%) y fueron atendidos por personal capacitado (médicos u obstétricas). El sub-sector público atendió el 60% de esos nacimientos (unos 400.000).

De los 400.000 nacimientos del subsector oficial, la base de datos SIP del año 2005 contiene 118.417 registros, lo que representa una **cobertura del 30%** de los partos del subsector.

También se tomarán los registros de indicadores básicos socioeconómicos 2005 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y OPS como: Población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), mujeres con analfabetismo, población con agua corriente y cloacas, tasa de empleo y desocupación.

Se define como como población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) (INDEC1984) a hogares que presentan por lo menos uno de los siguientes indicadores de privación: Hacinamiento: Hogares con tres o más personas por cuarto.

Vivienda: Hogares que habitan en una vivienda tipo inconveniente (pieza de inquilinato o vivienda precaria).

Condiciones sanitarias: Hogares sin ningún tipo de retrete.

Asistencia escolar: Hogares con algún niño, en edad escolar, que no asiste a la escuela.

Capacidad de subsistencia: Hogares que tienen 4 o más personas dependiendo de un miembro ocupado y además cuyo jefe tuviera baja educación.

Se efectuará una tabla de regresión con estos indicadores.

Objetivo

1. Conocer la relación entre nacimiento por cesárea, niveles socioeconómicos y características demográficas de las diferentes provincias y regiones de Argentina en el año 2005.
2. Evaluar si existe una relación inversa entre nacimiento por cesárea, en hospitales públicos de Argentina y regiones con bajos niveles socioeconómicos en la población asistida.

Hipótesis

Mujeres de regiones de Argentina con niveles socioeconómicos bajos presentan una menor tasa de cesárea recibiendo, por lo tanto, un mejor estandar de cuidado en su salud. Un supuesto "menor acceso" se transforma, en este particular, en un beneficio para la salud.

Marco teórico

Cesárea y nivel socioeconómico

Inequidades socioeconómicas en el acceso a servicios de salud y disparidades en el mismo entre ricos y pobres representa una importante brecha. En algunos países, en vías de desarrollo, cerca del 100% de los muy ricos tiene acceso a servicios de cierta complejidad, comparados con ninguno de los más pobres (De Brouwere 2002). Estudios poblacionales relacionados con la tasa de cesárea han sido propuestos para indicar el acceso a situaciones de cuidado obstétrico que implica salvar vidas.

Una tasa de cesárea no menor al 5% y no mayor al 15% ha sido sugerida como óptima (WHO 1997), relacionada sobre la tasa de cesáreas de algunos países con la más baja tasa de mortalidad perinatal en el mundo. Una reciente publicación (Ronsmans 2006) de la DHS (Demographic and Health Surveys), tomo una muestra de 199.916 nacimientos en 42 países incluyendo 26 países en África sub-Sahariana, 7 en Asia sur y sureste y nueve en Latinoamérica.

La tasa de cesárea fue extremadamente baja en las mujeres más pobres. En 20 países (15 en África sub-Sahariana, 4 en Asia y uno en Latinoamérica) las más pobres, un 20% de

las mujeres, tuvieron menos del 1%; y en Chad, Etiopía y Pakistán ninguna de las más pobres presentó un nacimiento por cesárea. Solo en 5 países encuestados (Zimbawe, Sudáfrica, Colombia, República Dominicana y Brasil) las mujeres más pobres accedieron a cesárea con tasas mayores al 5%. En contraste, las más ricas tuvieron un mejor acceso que las más pobres, aunque en países con tasas globales de cesárea extremadamente bajas, aún las más ricas permanecieron por debajo del mínimo aceptado por la OMS del 5%.

En otro extremo están, en su mayoría, los países latinoamericanos, donde las cesáreas exceden el máximo sugerido del 15%. En República Dominicana y en Brasil aún los más pobres tienen tasas superiores al 15%.

Se observó una clara y positiva asociación entre indicadores socioeconómicos y proporción de cesáreas; fundamentalmente con PBI per capita, número de médicos por 10000 habitantes, proporción de población urbana y proporción de partos institucionales. La tasa de cesáreas en hospitales privados es más alta que en hospitales públicos y de obras sociales, algunos de aquellos con tasas de más del 50%.

En el otro extremo, países con baja tasa cesárea como Haití, Guatemala y Bolivia representan otra parte del problema por falta de una apropiada atención médica en estándares de cuidado en la salud. PBI bajos mostraron tasas de cesáreas por debajo de 15 y PBI mayores a U\$S 2800 mostraron tasas arriba de 15% (Belizán 1999).

Latinoamérica, una de las regiones con más inequidad del planeta y con una diferencia entre ricos y pobres mayor, presenta la paradoja que las mujeres de bajos ingresos reciben mejor calidad de atención médica dado por el bajo índice de cesáreas referido. En este caso una inequidad en el acceso se convierte en una ayuda, mujeres pobres reciben cuidados de salud de mejor calidad que aquellas de altos ingresos (Althabe 2006). En estos países la tasa de cesárea en hospitales públicos, que atienden mayoritariamente mujeres de bajo nivel socioeconómico, son más bajas comparadas con la de hospitales de la seguridad social y los privados.

Relacionando un mejoramiento en las condiciones socioeconómicas, un incremento en el acceso a los servicios de salud y una mayor disponibilidad de procedimientos para la atención del nacimiento, esta situación no mejorará necesariamente la calidad en el cuidado del manejo del parto. (Murray 1997)

Algunos elementos incorporados a la atención se relacionan con el uso sistemático de la tecnología médica, sin concebir que el parto sea una entidad natural y que puede ser atendida sin ninguna intervención médica. Una mujer en posición horizontal, quieta, bajo un goteo de ocitocina, con anestesia peridural y monitoreo electrónico fetal, crea la impresión de estar bien cuidada; esta realidad es más común en hospitales privados que públicos.

En Latinoamérica, 11 millones de personas nacen cada año; con un incremento del índice de cesárea desde un 15%, como el inicialmente sugerido, a un 35% como el observado, representa un adicional de 2 millones de cesáreas por año.

Esta situación causa cerca de 100 muertes maternas directas, 40.000 casos de distress respiratorio neonatal y probablemente incrementa la ocurrencia de nacimientos pretérminos con un aumento de la mortalidad neonatal (Villar 2006) (Belizán 2006).

Solo la diferencia de costos, con un parto vaginal, y sin contar el costo de las complicaciones, es de aproximadamente 350 dólares.

En Boston, EEUU, una cesárea electiva cuesta U\$S 7,700 y un parto vaginal aproximadamente U\$S 6,800. Sin embargo, un trabajo de parto que termina en una cesárea de urgencia cuesta U\$S 3,000 más que un parto vaginal normal. Además, alguna

madre o su bebé tuvieran una complicación (Ej. rotura uterina o algún problema neonatal que requiera admisión en cuidado intensivo neonatal) el costo se incrementaría, en promedio, en U\$S 4,000 para la madre y U\$S 2,000 para el niño (Sachs 1999).

En países desarrollados por cada 1% de incremento en la tasa de cesáreas hay un incremento en el costo de cerca de 9.5 millones de dólares. Estas importantes sumas de dinero podrían ser destinadas a mejorar otras áreas de la atención materno infantil.

Se puede observar como una intervención médica efectiva, cuando es aplicada a personas enfermas o en situaciones de emergencia, produce más daño cuando es efectuada a poblaciones sanas.

Altas tasas de cesárea no necesariamente indican buena calidad de atención y servicios y representa mayores costos al sistema de salud que, además, cuenta con limitados presupuestos. Por otra parte, posiblemente el incremento en las tasas de cesárea refleja un mejoramiento en los servicios médicos y en la educación, como también un mejor acceso y control del embarazo.

Clasificación de cesáreas según el momento de la decisión de efectuarla

1. Emergencia

Es la realizada antes del trabajo de parto en situaciones de sufrimiento fetal agudo, hemorragia vaginal, rotura uterina, muerte materna con feto vivo o eclampsia.

2. Intraparto

Realizada dentro del trabajo de parto, sea este espontáneo o inducido

3. Electiva o programada

La decisión de hacer la operación fue tomada desde un consultorio o una sala de internación, fuera del trabajo de parto y de situaciones de emergencia.

Tasa de cesárea, resultados maternos y perinatales

Una encuesta global efectuada por la OMS en el 2005 (Villar 2006) muestra los resultados de cesáreas de 8 países en Latinoamérica (Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay y Perú). Se tomó de cada uno su capital y otras dos áreas geográficas o provincias, en forma aleatorizada durante 2 y 3 meses de acuerdo al número de nacimientos de la institución. Se registraron datos de 34266 cesáreas; 23020 del sistema público, 8285 de la seguridad social y 2961 de la actividad privada. Solo se encuestaron hospitales con un número mayor a los 1000 partos anuales. Se registraron los siguientes resultados perinatales: muerte fetal intraparto, parto pretérmino (antes de la semana 37), admisión del recién nacido a unidad de cuidados intensivos por más de 7 días y muerte neonatal antes del alta hospitalaria. También, fueron evaluados resultados maternos como: muerte materna, severa hemorragia postparto, admisión de la madre a terapia intensiva y permanencia en el hospital por más de 7 días. La asociación entre estos resultados y el número de cesáreas fueron analizados por modelos de regresión múltiple.

Factores de riesgo para cesárea: Primiparidad, cesárea previa, presentación de nalgas, derivación de otra institución y anestesia peridural en el parto fueron asociados independientemente con un incremento en las cesáreas. También instituciones públicas con alta complejidad y hospitales privados son relacionados con altas tasas de cesáreas.

La tasa media global de cesárea fue 33% (rango entre 24 y 43). La mitad fueron programadas y solo un 5% fueron de emergencia. Con tasas siempre muy alta en

instituciones privadas 51% (43-57), siguen las de seguridad social y luego los hospitales públicos. La más común indicación fue distocia y falta de progresión en el parto.

Un incremento en la tasa de cesárea fue asociada significativamente con alto riesgo de severa morbilidad materna, mortalidad y tratamiento postnatal con antibióticos (este es un indicador secundario de infección). También, fue estadísticamente asociada con un incremento en la tasa de muerte fetal, número de recién nacidos admitidos a cuidados intensivos por más de 7 días y muerte neonatal (ajustada luego por nacimiento pretérmino).

Las cesáreas programadas fueron relacionadas con severa morbilidad y mortalidad materna y con muerte fetal. Las cesáreas intraparto con alta morbilidad y mortalidad materna, muerte neonatal y mayor tasa de recién nacidos que permanecieron más de 7 días en cuidado intensivo.

Estos hallazgos indican que un aumento en la tasa de cesárea se asocia con malos resultados maternos y perinatales, aun ajustadas por características demográficas, factores de riesgo, complicaciones durante el embarazo y tipo de complejidad de la institución. Las altas tasas de cesárea y sus más frecuentes indicaciones fueron similares entre países con diferentes sistemas de salud y resultados perinatales.

La alta tasa de recién nacidos que ingresan a cuidado intensivo neonatal y permanecen por más de 7 días puede ser debida al incremento del síndrome de distress respiratorio asociado con cesáreas programadas. Este tipo de cesárea especialmente en hospitales privados refleja un complejo proceso social, afectado por situaciones clínicas, presiones sociales y familiares, el fenómeno de la mala praxis, la disponibilidad de tecnología y los cambios de roles de la mujer en el mundo moderno.

Se registra una reducción en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal cuando la tasa de cesárea no excede del 15% y un incremento de la misma fue asociada con mas mortalidad y morbilidad de madres y neonatos.

Resultados

Se tomaron los índices de cesárea de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), de la República Argentina, perteneciente al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Dirección de Maternidad e Infancia, del periodo 2005, y se compararon con indicadores básicos socioeconómicos 2005 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación que se publican conjuntamente con OPS .

En ese año, se registraron en la Argentina **712.220** nacidos vivos. El sub-sector público atendió el 60% de esos nacimientos, aproximadamente unos 400.000, y de estos, la base de datos SIP del año 2005 contiene **118.417 registros**, lo que representa una **cobertura del 30%** de los partos del subsector. En este periodo se registró una tasa nacional de cesareas del 22.8%.

Como indicadores socioeconómicos se relevaron: Población con NBI, Porcentaje de mujeres con analfabetismo, Porcentaje de población con agua corriente y cloacas, tasa de empleo y tasa de desocupación.

En primer lugar se agrupo a la población por regiones:

Región Centro: Compuesta por la Ciudad Autónoma de Bs. As., Provincia de Bs. As., Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.

Región de Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis.

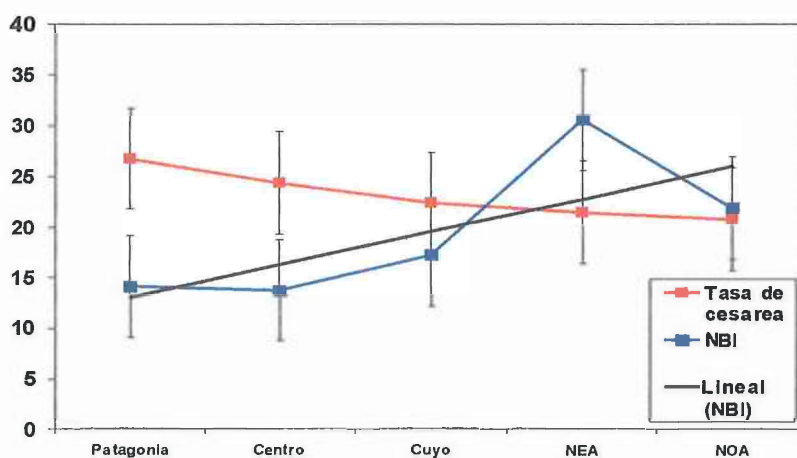
Región Noroeste (NOA): Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Región Noreste (NEA): Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones.

Región Patagónica: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Comparando la tasa de cesárea de las 5 regiones, se agruparon las mismas de mayor a menor entre la región con mayor tasa, como la Patagonia, hasta la de menor tasa, como el NOA. Se relacionó la tasa de cesarea con el porcentaje de población con NBI, observando una relación inversa entre ambas: menores tasas en poblaciones con mayor NBI.

Gráfico 1. Regiones de la Argentina: Tasa de cesárea (en rojo) y Población NBI (en azul).



Se puede observar la relación inversa entre porcentaje de analfabetismo de la madre y tasa de cesárea: Menor tasa en mujeres analfabetas. La tasa de cesárea también tiene una relación inversa con el desempleo, con una mayor tasa en regiones con mayor empleo. También se relaciona con el menor acceso al agua potable y cloacas

Gráfico 2. Regiones de la Argentina: Tasa de cesárea (en rojo) y porcentaje de analfabetismo de madre (en Azul)

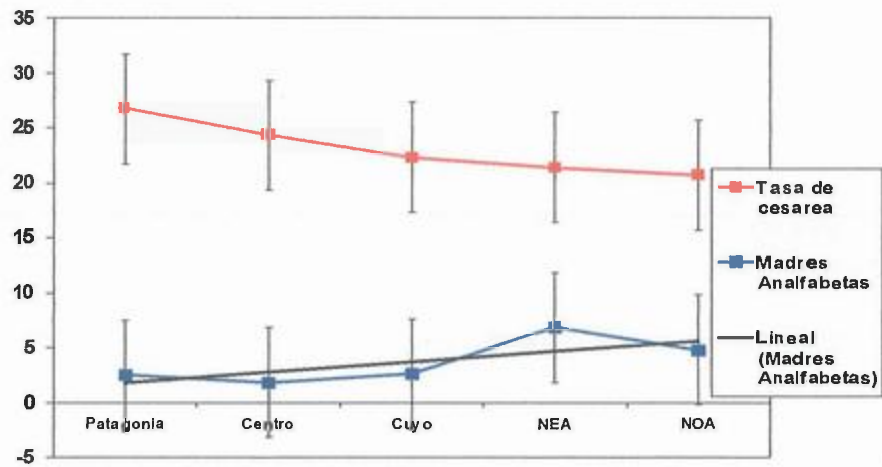


Gráfico 3. Regiones de la Argentina: Relación de Tasa de cesárea (rojo), tasa de empleo (azul) y tasa de desocupación (verde)

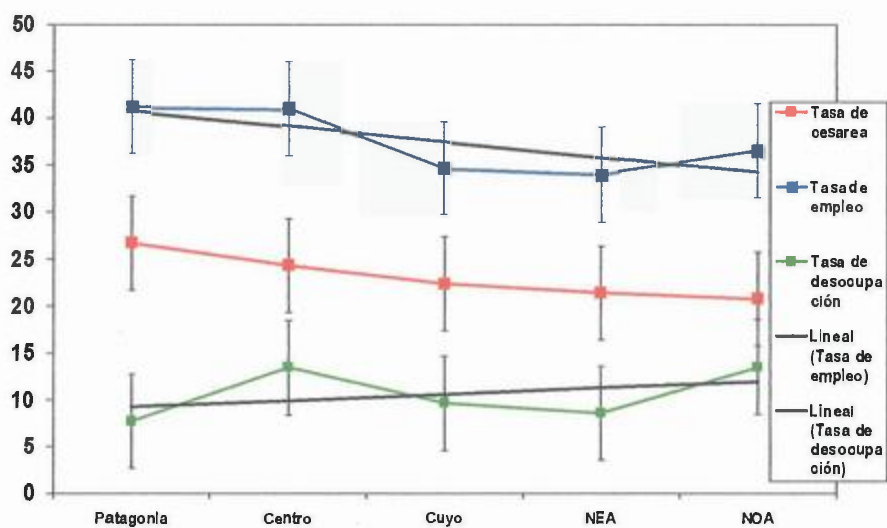
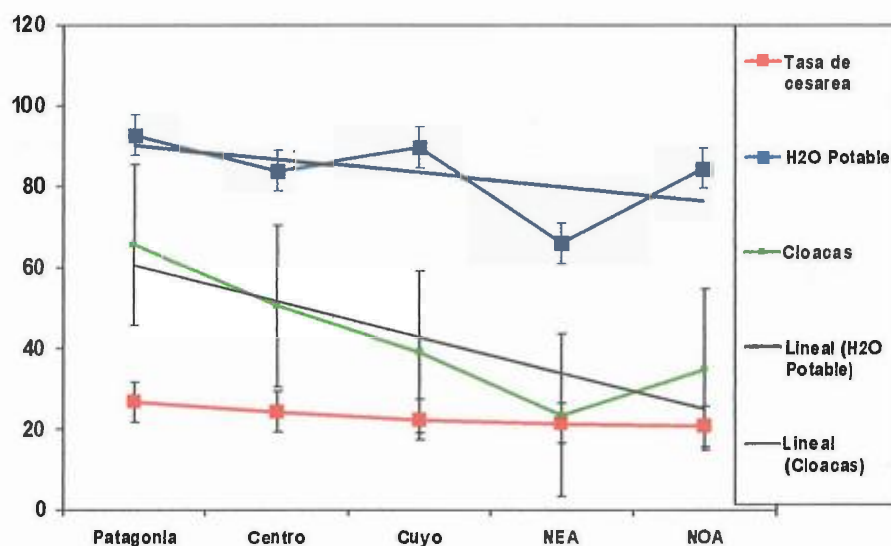


Gráfico 4. Regiones de la Argentina: Tasa de cesárea, Porcentaje de acceso al agua potable (azul) y cloacas (rojo)



Analizando estas mismas variables por provincia, se seleccionaron las provincias con mayor tasa de cesárea, como Santa Cruz, y fueron colocándose de mayor a menor, hasta la de menor tasa como Chaco. Entre las provincias se observan las mismas relaciones que entre las regiones: Menores tasas de cesáreas en poblaciones con NBI, en mujeres analfabetas y con menor acceso al agua potable y cloacas. No se relaciono con la tasa de empleo y desocupación provincial dado que las mismas son tomadas por conglomerados urbanos.

Gráfico 5. Provincias Argentinas: Tasa de cesárea (rojo) y población con NBI (azul)

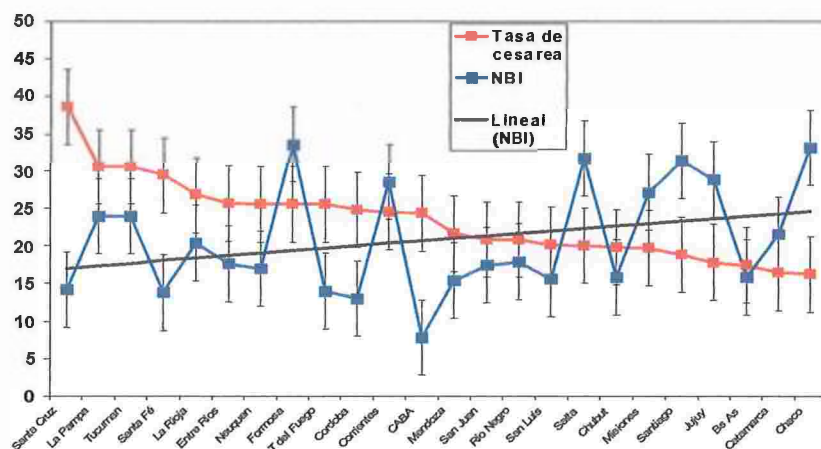


Gráfico 6. Provincias Argentinas: Tasa de cesárea (rojo), acceso al agua potable (azul) y acceso a cloacas (en verde)

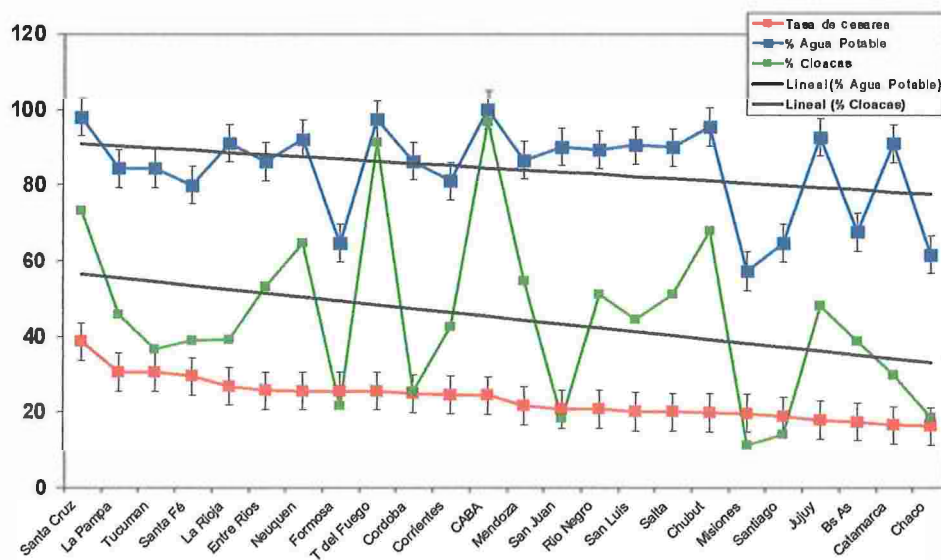
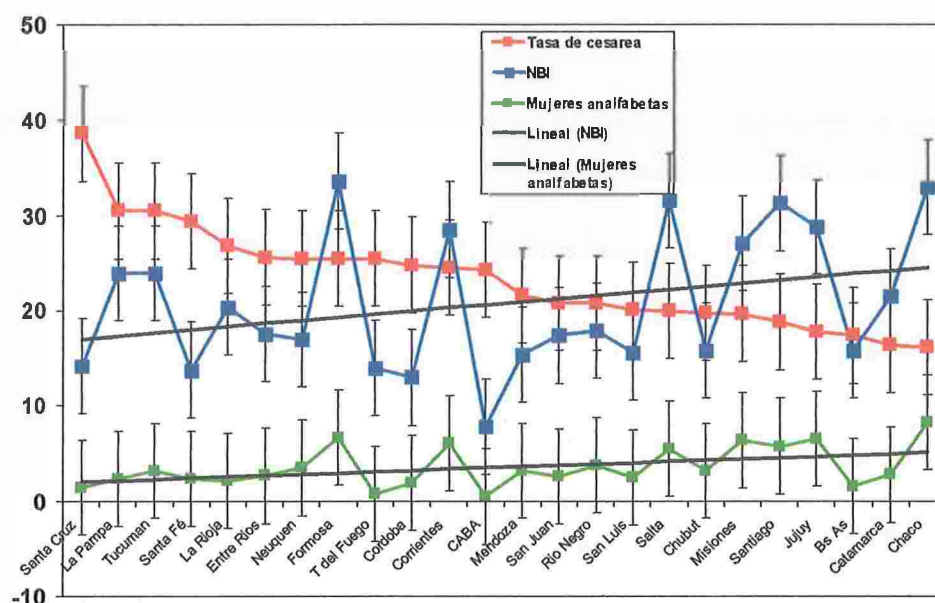


Gráfico 7: Provincias Argentinas: Tasa de cesarea (rojo), NBI (azul) y analfabetismo en mujeres (verde).



Discusión

La mayor tasa de cesárea aceptable, de un 15%, fue propuesta por la OMS en 1985 basada sobre la tasa de cesáreas que presentan algunos países con la más baja tasa de mortalidad perinatal en el mundo y fue proclamada como uno de los objetivos para el año 2000.

En Argentina, como en el resto de Latinoamérica, se registra un alarmante crecimiento de esta práctica, con causas no adecuadamente estudiadas y que han aumentado los costos en salud, por tener un más alto costo que el parto normal, y por el daño que trae aparejado, cuando aumenta por encima de determinados índices. Si esta tasa sube por encima del 15% se asocia con severa morbilidad materna, admisión de recién nacidos a terapia intensiva y aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal, no representando un claro mejoramiento en las condiciones de atención del parto; o sea, se producen más riesgos que beneficios.

Las tasas en Argentina superan holgadamente el 15%, aunque, se encuentren dentro de un número "aceptable" del 22.8% (SIP 2005); pero, esta es la tasa de hospitales públicos y que registran sus datos. El SIP, es una base de datos provista gratuitamente por el

Ministerio de Salud de la Nación, con el propósito de contribuir con los servicios de maternidad del país a mejorar su desempeño a través de la evaluación de resultados y el cotejo de indicadores dentro de un contexto provincial y nacional.

Desde el año 1992 comenzo en nuestro país la utilización de esta tecnología, como instrumento de registro de la actividad perinatal, incorporandolo a las Normas y/o Guías Nacionales y Provinciales, pero tiene importantes problemas para su implementación y para su uso. El más importante es, que no todos los hospitales han adherido a su implementación, por problemas de insumos, problemas con la carga de datos etc., dando motivos a que la primera publicación al respecto, del Ministerio de Salud, data del año 2005.

Un 70% de los efectores públicos y casi todos los privados no registran los datos en el SIP, motivo por el cual, el ministerio de salud no tiene acceso a los mismos. Hay referencia que determinados hospitales privados y sanatorios tienen índices que superan el 50% y en algunos casos el 70% (sobre encuestas privadas). En la introducción, del presente trabajo, se han enumerado diversos motivos para el aumento de este índice pero, sin una clara relación concausal con el mismo.

En este trabajo se trato de abordar la relación existente entre diferencias socioeconómicas y el acceso a dicha práctica. Inequidades socioeconómicas y dificultad en el acceso al sistema de salud hace que un aumento en la tasa de cesárea no sea igual en todos los lugares. En determinados países, fundamentalmente en África, mujeres con buenos indicadores sociales y económicos, reciben 5% de cesáreas, poniendo en riesgo su salud, indicando, estos bajos índices, una clara falta de acceso al sistema de salud.

En Argentina el acceso está garantizado, revelado por tasas más que suficientes en hospitales públicos, la provincia que menos tiene es Chaco con un 16.2% y con mayores niveles en hospitales privados.

Esta investigación, presenta como problema, el desconocimiento de la real tasa de nacimientos por cesárea que tiene la Argentina; son solo el 30% de los efectores públicos de salud y se desconoce que realmente sucede en el resto de los hospitales, en la seguridad social y en los privados. Como ventaja, es la primera vez que pueden conocerse estos datos con una adecuada validez estadística. Esta situación, representa una brecha para tomar decisiones en salud; con mejores datos y relevamiento, mejores estimaciones (WHO 2007).

Este trabajo representa una foto de una situación desconocida dentro del sistema de salud. Se relacionó la tasa de cesarea con el porcentaje de población con NBI, observando una relación inversa entre ambas, menos cesareas en poblaciones con mayores NBI. La tasa de cesárea acompañó el analfabetismo de la madre, con menores tasas en mujeres analfabetas y también con el menor acceso de las mismas al agua potable y cloacas. Se observó, también, una relación con el empleo, con menores tasas en regiones con mayor desocupación.

Mujeres, con niveles socioeconómicos menores reciben menos cesáreas que aquellas de mayor nivel. Esta no es, ni una aseveración, ni una "verdad de Perogrullo" como muchos puede presuponer, es solo una observación de la realidad, que no permite sacar conclusiones definitivas al respecto.

Los índices de cesárea crecen en forma preocupante en Argentina, y esta investigación solo pretende abrir camino a otras formas de ver este problema. A los estudiantes de medicina se les enseñaba en una época que la cesárea era una práctica para

salvar la vida del niño por nacer o de la madre y en que solo estaban involucrados en el proceso: una pelvis y el móvil fetal con un mecanismo determinado; aunque en estos días podemos observar como otros factores juegan en esas decisiones. Además, de los adelantos en diagnóstico y tratamiento, decisiones de la mujer y la búsqueda de “buenos resultados”; pareciera que el nivel socioeconómico jugaría un rol extra en este diverso menú.

Dentro de la toma de decisiones políticas para controlar este aumento, deberá ser analizado el contexto económico y social donde viven nuestras mujeres, dado que el mejoramiento de estas condiciones, en si mismas, podría traer un indefectible incremento en su tasa, generando luego, por el mayor gasto que implica, una mayor inequidad e inaccesibilidad.

Mujeres con niveles socioeconómicos bajos presentan una menor tasa de cesárea recibiendo, por lo tanto, un mejor estandar de cuidado en su salud. En este particular las mujeres pobres reciben una mejor calidad de atención médica y esta “inaccesibilidad cultural” se transforma en un beneficio para la salud.

Roberto A. Casale
2007

Bibliografía

Althabe 2006. Althabe Fernando. Perinatal Research Unit, Montevideo, Uruguay. Comment. *The Lancet* 2006; 368: 1472-3

Althabe 2004. Fernando Althabe, José M Belizán, José Villar, Sophie Alexander, Eduardo Bergel, Silvina Ramos, Mariana Romero, Allan Donner, Gunilla Lindmark, Ana Langer, Ubaldo Farnot, José G Cecatti, Guillermo Carroli, Edgar Kestler, for the Latin American Caesarean Section Study Group. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2004; 363: 1934-40

Barros 1991. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *The Lancet* 1991; 338: 167-9.

Belizan 1999. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319: 1397-402.

Belizan 2006. Belizan JM, Cafferata ML, Althabe F, Buekens P. Risks of patient choice caesarean. *Birth* 2006; 33: 167-69.

Casale 2005. Casale Roberto, Ferreiros Alberto y cols. Guía de Procedimientos en Obstetricia. Colegio de Médicos de la Provincia de Bs As. Distrito III. Capítulo 16, Pag 173- 182

De Brouwere 2002. De Brouwere V, Doubourg D, Richard F, Van Lerberghe W. Need for caesarean sections in west Africa. *Lancet* 2002; 359: 974-75.

FDA 1998. FDA Public Health Advisory: need for caution when using vacuum assisted delivery devices. Rockville, Md.: Food and Drug Administration, May 21, 1998.

Flamm 1990 Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after caesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750-754.

Johanson 1993. Johanson RB, Rice C, Doyle M. A randomized prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 524-530.

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

Murray 1997. Murray SF, Serani Pradenas F. Cesarean birth trends in Chile, 1986 to 1994. *Birth* 1997; 24: 258-63.

MSAL 2005. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y OPS. Indicadores básicos socioeconómicos 2005 .

Phelan 1987. Phelan JP, Clark SL, Diaz F, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. Am J Obstet Gynecol 1987;157:1510-1515.

Robson 1996. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM: Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. Am J Obstet Gynecol 1996; 174(1): 199-205.

Sachs 1999. Sachs BP, Kobelin C, Ames Castro C, Frigoletto F, The New England Journal of Medicine. Volume 340:54-57 January 7, 1999 Number 1

Salinas 2004. Salinas H, Carmona G, Albornoz J, Veloz P, Terra R, Marchant R, Larrea V, Guzmán R, Martínez L. Se puede reducir el índice de cesareas. Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(1): 8-13

SIP 2005. Sistema Informático Perinatal. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Dirección de Maternidad e Infancia, periodo 2005.

Thorp 1993. Thorp JA, Hu DH, Albin RM, et al. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. Am J Obstet Gynecol 1993;169:851-858

Villar 2006. José Villar, Eliette Valladares, Daniel Wojdyla, Nelly Zavaleta, Guillermo Carroli, Alejandro Velazco, Archana Shah, Liliana Campodónico, Vicente Battaglia, Anibal, Faundes, Ana Langer, Alberto Narváez, Allan Donner, Mariana Romero, Sofiía Reynoso, Karla Simonia de Pádua, Daniel Giordano, Mario Kublickas, Arnaldo Acosta, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health reserarch group.

WHO 1997. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York, USA: UNICEF, 1997.

WHO 1985. World Health Organisation, Appropriate technology for birth. The Lancet 1985; 436-7

Wu 2005. Wu J, Hundlesy A, ViscoA. Elective primary cesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal.fetal medicine specialists. Obstet Gynecol 2005; 105: 301-6.