

La cesárea y el parto natural: las opiniones de los profesionales de la salud en la provincia de Buenos Aires



Jacqueline Chipkin

Estudiante de Medicina (Massachusetts University)
Estudiante SIT Argentina-Isalud 2do semestre 2014

1. Introducción

La salud de las madres, los recién nacidos y los niños representan el bienestar de una sociedad y su potencial para el futuro. Las necesidades médicas de estas poblaciones no pueden ser ignoradas sin afectar a toda la sociedad. En el nivel de cuidados básicos, según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSAL), el parto no debe ser considerado como un acto médico-quirúrgico sino como un acontecimiento normal de la especie, que admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido (Uranga et al., 2010). La manera en que una madre da a luz influye en la salud materna-infantil (OMS, 1985).

Hoy en día, las tasas de cesárea continúan aumentando en todo el mundo (Villar et al., 2005). Más de 35% en promedio de las mujeres embarazadas en Argentina recibieron cesáreas en 2008, con amplias diferencias entre el sector público y el privado (Gibbons et al., 2010). Aunque el porcentaje ideal no es definitivamente conocido, La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha concluido que “no hay ninguna justificación que cualquier región tenga la tasa de cesárea mayor que 10-15%” (OMS, 1985), y actualmente otras fuentes han corroborado la afirmación de que la tasa de cesárea mayor de 10 a 15% no es justificada desde el punto de vista médico (Ye et al., 2014). Por lo tanto, según estadísticas nacionales, hay más de 130.000 cesáreas innecesarias cada año en el país (Gibbons et al., 2010). Investigaciones varias muestran asociaciones positivas entre tasas de cesárea y consecuencias para la salud materno-infantil y cargas económicas para el sistema de salud. La causa de este aumento es compleja, posiblemente determinada por

Tutora: Liliana Findling

percepciones culturales, conocimientos médicos y políticas nacionales. Las demandas y preferencias de las mujeres por la cesárea se han considerado el factor principal para las tasas de cesárea crecientes. Sin embargo, varios estudios muestran que aproximadamente sólo 15% de las mujeres a nivel mundial preferiría la cesárea al parto natural (Mazzoni, 2010).

1.1 Maneras modernas para dar a luz

En el mundo moderno, las mujeres dan a luz por varias maneras. En el parto normal, con o sin la anestesia epidural, el bebé sale a través de la vagina. El doctor basa su diagnóstico en los latidos del bebé y en la frecuencia e intensidad de las contracciones (*Types of Birth, 2012*). Otros métodos menos frecuentes incluyen el parto en agua y el parto en cuclillas.

La cesárea se introdujo en la práctica clínica como un procedimiento para salvar las vidas de madres y los bebés (Gibbons et al., 2010). El parto por cesárea se realiza cuando el bebé viene con los pies o nalgas hacia abajo o en posición transversal (*Types of Birth, 2012*). Este método se recomienda generalmente para las mujeres que están en riesgo de complicaciones o defectos congénitos, están teniendo un embarazo con múltiples bebés o que tienen ciertas condiciones de salud que pueden plantear problemas durante el parto vaginal. También se recomienda cuando el parto no avanza, hay problemas con la placenta, o el feto es demasiado grande. La cirugía consiste básicamente en una incisión en la pared abdominal y en el útero para extraer al bebé.

1.2 El aumento de las tasas de cesárea

La investigación clínica aleatorizada sobre la segunda opinión ante la decisión de la operación cesárea de 1999 fue uno de los primeros estudios que enfocó en el tema de la tasa de cesárea en América Latina (Althabe & Belizán, 1999). La investigación se realizó para determinar las tasas nacionales de cesárea en países latinoamericanos y correlacionarlas con variables socioeconómicas, demográficas y de salud. Compila información de múltiples fuentes y presenta las tasas nacionales y por sectores en diecinueve países de América latina, junto con otros datos demográficos y de salud. En la Argentina en 1996, la tasa de cesárea nacional era 25,4%. Si se diferencia por institución, era 15,4-20,9% en hospitales públicos y de la seguridad social y 35,8-45% en hospitales privados. Los datos destacan que está discrepancia no es explicable por la realización de partos de alto riesgo en instituciones, ya que países como Cuba, Chile y la Argentina tienen un índice muy alto de partos hospitalarios que llega a más del 95% (Althabe & Belizán, 1999). Esta fuente nos permite contextualizar las tasas de cesárea en un marco histórico.

En 2005, la investigación de la OMS evaluó la asociación entre el parto por cesárea y el resultado del embarazo al nivel institucional, ajustado por la población embarazada y las ca-

racterísticas institucionales (Villar et al., 2005). Fue parte de una encuesta mundial de OMS de 2005 sobre la salud materna y perinatal. Se evaluó la salud materna e infantil por un método de muestreo aleatorio estratificado que incluyó 24 regiones geográficas en ocho países de América Latina. Se obtuvieron datos individuales para todas las mujeres admitidas para el parto durante 3 meses a 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente de 410 instituciones identificadas. También se obtuvieron datos a nivel institucional. Con los datos de más del 91% de los partos, se descubrió que la tasa media de cesáreas para las regiones encuestadas era 33%, y las tasas más altas fueron observadas en los hospitales privados. A través de metodologías alternativas, la investigación confirma la alta tasa de cesárea y la tendencia creciente en América Latina establecida por la primera fuente.

Ambos estudios muestran una clara asociación positiva entre los indicadores socioeconómicos y el índice de cesárea. El estudio de Findling también confirma que las cesáreas se registran en mayor medida en los servicios de salud privados, donde son frecuentes las cesáreas electivas (Findling et al., 2011). Un hecho a considerar es que las cifras de cesáreas en ambas investigaciones son más altas en las instituciones no públicas; por ende, la relación entre la cesárea y niveles socioeconómicos de las embarazadas es un concepto clave. Además, esta es una contradicción, ya que las embarazadas de mejor nivel socioeconómico presentan un riesgo más bajo, por lo que requerirían una menor práctica de cesáreas (Althabe & Belizán, 1999). Aunque las altas tasas de cesárea se relacionan positivamente con mayores ingresos y la clase social, las mujeres con bajos ingresos están en alto riesgo obstétrico. Las mujeres que reciben asistencia en los hospitales públicos tienen más probabilidades de ser solteras, menos educadas y jóvenes que las mujeres que asisten a hospitales privados. No existe ninguna justificación médica para el hallazgo de que las mujeres con bajo riesgo obstétrico, y presumiblemente menos probabilidades de beneficiarse de una cesárea, tuvieran la tasa más alta de cesárea. Además, se encontraron correlaciones fuertes entre la proporción de cesáreas y el producto interno bruto per cápita, el número de médicos por cada 10.000 habitantes, la proporción de la población urbana, y la proporción de partos institucionales (Althabe & Belizán, 1999).

El artículo Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina comprueba la elevada tasa actual de nacimientos por cesárea en Argentina (Findling et al., 2011). *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year. Overuse as a barrier to universal coverage* tiene el objetivo de estimar el número de cesáreas excesivas en países en que se puede decir que el procedimiento era sobreutilizado (Gibbons et al., 2010). Para la investigación estadística, se obtuvieron datos sobre el número de cesáreas en 137 países, que representaban aproximadamente 95% de los partos mundiales

de ese año. Países con tasas de cesárea más altas de 15% se consideraban como mostrando un uso excesivo. En Argentina, en 2008, la tasa de cesárea era 35.2%. Por consiguiente, según esta línea de corte, se estimó que este porcentaje se traduciría en 139.178 cesáreas innecesarias. Acumulativamente, se calculó que en 2008 casi 6.20 millones de mujeres recibieron mundialmente cesáreas innecesarias. Esta fuente identifica y cuantifica el tema de la cesárea innecesaria en la Argentina y el mundo.

En líneas generales, esta investigación intentó analizar las opiniones de los y las profesionales de la salud reproductiva que se desempeñan en el sector público y en el sector privado sobre las prácticas de parto natural y de cesárea en el Gran Buenos Aires (GBA). Esta definición incluye la CABA y los municipios aledaños de la provincia de Buenos Aires). Esperamos que la información de los profesionales empiece a explicar la discordancia entre las preferencias de las mujeres establecidas en investigaciones anteriores y las tasas de cesárea actuales.

2. Marco Teórico

Tal como se mencionó, durante las décadas recientes, las tasas de cesárea han aumentado mundialmente (Villar et al., 2005). Las estadísticas de este tema, calculadas por una gran variedad de profesionales y metodologías, unifican los campos epidemiológicos, médicos y económicos en concordancia. Juntas, las siguientes investigaciones destacadas muestran un aumento de la tasa de cesárea en el mundo y específicamente en la Argentina. Este aumento tan pronunciado en las tasas de cesárea es un tema de gran preocupación, ya que este procedimiento quirúrgico representa mayores riesgos para la salud de la madre y del niño y mayores costos al sistema de salud con relación al parto vaginal. Además, exploran la visión de psicólogos, profesionales médicos y mujeres acerca de la cesárea en relación con el aumento actual.

2.1. Riesgos médicos

Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, el quirófano constituye un componente esencial del servicio de obstetricia y debe programarse para estar en disponibilidad permanente para las intervenciones obstétricas por lo que es ideal que esté integrado en el Centro Obstétrico (Uranga et al., 2010). Sin embargo, el incremento de la tecnología, como ecografías, monitoreo electrónico, y anestesia peridural, ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales. Aunque la cesárea tiene la intención de ser un procedimiento de emergencia para proteger a las vidas de la madre y el niño, como cirugía invasiva, todavía lleva como consecuencia riesgos médicos para ambas personas (Villar et al., 2005). Además, la nueva tendencia de cesáreas electivas y programadas plantea la pregunta de la ne-

cesidad de la cesárea como una forma nueva de parto (Findling et al., 2011). Tales prácticas son preocupantes por la magnitud que adquieren y sus consecuencias sobre la morbilidad materna e infantil.

Para la madre

Después de calcular las tasas de cesárea nacionales en la América Latina, la investigación de OMS de 2005 evaluó la asociación entre las tasas de parto por cesárea y los resultados maternos y perinatales al nivel institucional (Villar et al., 2005). Para la madre, las tasas de cesárea se asociaron positivamente con el tratamiento antibiótico posparto y la morbilidad y mortalidad materna. Las cifras globales de morbilidad mostraban que ésta era 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y que la mortalidad era 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal (Shearer et al., 1993). Además, al realizar la cesárea era mayor la frecuencia de daño a órganos vecinos y a vasos uterinos (Althabe & Belizán, 1999). Se observaron también complicaciones pulmonares tales como el trombo embolismo y la atelectasia, sobre todo cuando se empleaba la anestesia general (Shearer et al., 1993). Psicológicamente, se encontró una asociación positiva entre la cesárea y el retardo en la recuperación materna luego de la intervención (Althabe & Belizán, 1993); el ministerio de salud de la Nación Argentina reporta que la duración de la estadía hospitalaria post-parto, cuando no se presentan complicaciones, varía de 48 horas para el parto vaginal a 96 horas para la operación cesárea (Uranga et al., 2010). De esta manera, si es innecesaria, la cesárea tiene la capacidad de afectar negativamente el bienestar total de la madre.

Para el recién nacido

La cesárea también puede poner en riesgo la salud del recién nacido. Con relación a las consecuencias neonatales, un aumento en la tasa de cesárea se asoció con un aumento de las tasas de mortalidad fetal y el número de bebés que necesitaron recibir terapia intensiva (Villar et al., 2005). Las tasas de parto prematuro y la morbilidad neonatal también aumentaron con la tasa de cesárea (MacDorman et al., 2008). Varios informes presentaban hallazgos similares sobre la cesárea en la génesis de la prematuridad iatrogénica¹, el síndrome de dificultad respiratoria, la mayor incidencia de infecciones, y el deterioro en la relación madre-hijo (Parrilla et al., 1993).

Se concluye que las altas tasas de cesárea no necesariamente indican una mejor atención y pueden asociarse con daños maternos e infantiles. Estas fuentes sirven para conectar cuantitativamente las altas tasas de cesárea con las consecuencias médicas para la salud materna e infantil. Aunque los datos muestran asociaciones y correlaciones fuertes entre la cesárea y las consecuencias médicas subsecuentes, no prueban científicamente una relación de causalidad. Mientras que los estudios no son específicos para la Argentina, el amplio conjunto de datos brinda

1 Causada por el tratamiento médico (Althabe et al., 1999)

un marco regional para la vinculación entre la cesárea, un procedimiento normalizado al nivel mundial, y los riesgos de salud. Además, hay que destacar que todos los estudios citados sobre las consecuencias de las cesáreas han sido realizados en países desarrollados que cuentan con una infraestructura muy superior a la de los demás países, y es posible que aumenten en países con un menor nivel socioeconómico de la población con peor acceso a la atención médica y con infraestructuras hospitalarias muy deficientes (Althabe et al, 1999).

2.2. Costos económicos en el sistema de salud

Los costos incrementados asociados con la operación cesárea innecesaria son trasladados a la sociedad en forma de gastos en la salud. Se estima que el costo global “exceso” de los 6,20 millones cesáreas es de u\$s 2,32 mil millones (Gibbons et al., 2010). En la Argentina en 2008, tal como se dijo anteriormente, la tasa de cesárea era 35,2%, y de estos los 139.178 partos innecesarios (calculados por la línea de corte de 15% de OMS) de la Argentina costaron u\$s 32.742.409. Investigadores del *National Center for Health Statistics* han arribado a conclusiones similares, estimando que si los índices de cesáreas en 1991 se hubieran igualado al límite recomendado de 15% en vez de 23,5% de la cifra real, se habrían realizado 340.000 partos por cesárea menos, con un ahorro de más de u\$s 1.000 millones en honorarios médicos y costos hospitalarios (Wolfe, 1994). Al nivel mundial, incluyendo la Argentina, parece que las cesáreas que son posiblemente médicamente innecesarias comandan una desproporcionada parte de los recursos económicos globales. Basadas en un conjunto de datos amplios y comprensivos, las investigaciones iluminan con exactitud el exceso económico causado por las cesáreas innecesarias.

Al nivel local, se puede mencionar un estudio de los costos de los servicios maternos en Rosario, Argentina (Borghet al., 2003). Se evalúa el costo en dos hospitales públicos de un parto normal vaginal y una cesárea. El costo promedio de una cesárea (u\$s 525,57) era cinco veces superior al de un parto normal vaginal (u\$s 105,61). El parto normal costó menos en un hospital general y la cesárea costaba menos en una unidad especializada de atención materna. Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, los gastos para una cesárea incluyen el quirófano, el equipo grande de profesionales, como un anesestesiólogo, para realizar la cirugía y las camas para internación postoperatoria (Uranga et al., 2010). Los resultados sugieren que se podrían obtener beneficios económicos y priorizar recursos apoyando la atención del parto normal en los hospitales generales y la de los partos complicados en unidades especializadas de atención materna. Esta fuente brinda un análisis centrado de una evaluación del costo regional de la cesárea en Argentina para ofrecer una comparación financiera entre un parto normal vaginal y una cesárea. También destaca las brechas entre hospitales generales y hospitales especiali-

zados en el sector de salud público. Este estudio muestra la carga económica de la cesárea para una institución del sistema de salud argentina.

2.3 Percepciones culturales acerca de la cesárea

La cesárea, desde tiempos mitológicos, se consideraba como una manera para imbuir a la persona nacida por este proceso con poderes y habilidades excepcionales. Las civilizaciones antiguas creían que la cesárea era la manera piadosa para entrar en el mundo (Trolle, 1982). Más recientemente, el estado elevado de cesáreas ha asumido un nuevo significado en un mundo moderno que se caracteriza por la desigualdad económica y la tecnología revolucionaria. El exceso de operaciones cesáreas ha sido interpretado como expresión de la medicalización de los nacimientos y la fuerte intervención sobre los cuerpos, desde mediados del siglo XX (Findling et al., 2011).

La superioridad cultural de la cesárea hoy en día es compleja y más probable debido a una mezcla de diversos factores. En primer lugar, la cesárea ha demostrado ser más preferida por y fácilmente disponible para mujeres ricas (Mander, 2007). Esta teoría está vinculada con el desarrollo de los sistemas privados de medicina que pueden funcionar independiente o en coexistencia con un sistema de atención de salud pública. Por lo tanto, se puede considerar a la cesárea como un símbolo de estatus socioeconómico para las mujeres. En estas circunstancias, no son sólo las mujeres con mayores ingresos, como las creadoras de la tendencia de cesárea, que tienen riesgos; las madres pobres por su escaso conocimiento o por su falta de autonomía en relación a la decisión médica se convertirán en otra población afectada (Mander, 2007). La tendencia creciente de la cesárea se predice como un problema de salud pública central para mujeres empobrecidas. En segundo lugar, las mujeres que han tenido una cesárea de emergencia han tenido que experimentar tanto el dolor del trabajo de parto normal como el dolor y otros desafíos de la recuperación postoperatoria; se consideran como poseedoras de una “superioridad moral.” Por último, actualmente, el sistema de salud y sus procedimientos avanzados se consideran establecidos, familiares y seguros. Una mujer con una cesárea programada ha conocido al cirujano, ha pasado tiempo en el hospital y ha visto el quirófano. Estos ambientes son predecibles y pueden estimular sentimientos de seguridad y confianza de las mujeres acerca del procedimiento normalizado.

Estudios disponibles relacionados con las mujeres y la cesárea en Brasil brindan un marco regional para estudiar las normas culturales de mujeres latinoamericanas. La psicóloga Cecilia De Mello E. Souza afirmaba que la cultura del dar a luz en Brasil ha cambiado drásticamente desde 1970 (Souza, 1994). Actualmente, Brasil tiene el porcentaje más alto del mundo de partos por cesárea. La cesárea, una vez conocida como un procedimiento médico que salva vidas en circunstancias ex-

traordinarias, ahora es percibida por la profesión médica y sus pacientes femeninos como parto seguro, indoloro, moderno, e ideal para cualquier mujer embarazada. El uso generalizado de las cesáreas se ha convertido en un fenómeno cultural cuyos límites se extienden más allá del ámbito médico. Los médicos se han apropiado de los valores culturales en relación con el cuerpo femenino y la sexualidad, han reforzado una fe ciega en la tecnología y han justificado el miedo de las mujeres para defender su preferencia por los partos quirúrgicos.

El informe *Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study* ofrece una discordancia entre las tendencias nacionales del alto índice de cesáreas en Brasil y las preferencias supuestas de sus mujeres. A pesar de las grandes diferencias en las tasas de cesárea en los dos sectores (31% entre los pacientes públicos y 72% entre pacientes privados), no hubo diferencias significativas en las preferencias entre los dos grupos (Potter 2001). En ambas entrevistas prenatales, 70-80% en ambos sectores dijeron que preferirían tener un parto vaginal. En una gran proporción de los casos, el parto por cesárea se decidió antes de la admisión (23% en las mujeres en el sector público y 64% en las mujeres en el sector privado). Por lo tanto, las altas tasas de cesáreas en aumento no necesariamente reflejan la demanda de parto quirúrgico por las pacientes embarazadas.

A pesar de que en las últimas tres décadas se ha registrado un aumento de la práctica de cesárea, un estudio que evaluó la preferencia de casi 20 mil mujeres de diferentes países concluyó que sólo el 16% preferiría la cesárea al parto natural (Mazzoni, 2010). Los resultados realizados por investigadores argentinos fueron publicados en el *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. El objetivo principal era hacer un análisis de todos los estudios publicados en revistas científicas que evaluaron la preferencia de las mujeres por la cesárea como vía de parto; se utilizaba un método que se denominaba ‘revisión sistemática.’

El estudio, *Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies*, exploraba la discrepancia entre las demandas y preferencias de los pacientes y las tasas actuales a la escala global. La revisión incluye 38 estudios: 10 de América Latina, 16 de América del Norte, 12 de Europa, 7 de Asia, 1 de África y 2 de Australia. Los países de América Latina que tienen estudios publicados sobre la preferencia de las mujeres por la cesárea son Brasil y Chile; no se hallan estudios publicados sobre el tema en Argentina. Destaca que en los países de América Latina, donde la mayoría de mujeres prefieren el parto vaginal y también donde a la mayoría no se les permite jugar un papel en la decisión del tipo de parto, alrededor del 29% de los partos son por la operación cesárea. Aunque la demanda de la cesárea se ha considerado un factor relevante para las tasas de cesáreas crecientes, es improbable que esto explique completamente las altas tasas de cesárea en algunos países y regiones.

Alternativamente, es posible que las presiones de trabajo de médicos en el sistema de salud moderna, en vez de, o en con-

junto con, las preferencias de las pacientes, hayan cambiado las tendencias asociadas con el índice de cesárea aumentado. Con la diversificación del mercado de la salud, la mayoría de los obstetras tienen horarios exigentes (Murray, 2000). Según entrevistas con obstetras chilenos, las pacientes de maternidad privadas son una lucrativa fuente de ingresos. El obstetra se compromete a asistir a estos nacimientos privados y la “programación” de los nacimientos es una estrategia común para gestionar el tiempo eficientemente. La prioridad de negocios que quizás prevalezca en el sistema de salud lleva este pragmatismo entre los médicos que no tienen una objeción moral a la cesárea médicamente innecesaria. Diferentes tasas de cesárea en pacientes públicos y privados sugieren que los factores no médicos, como el aumento de las presiones de la práctica privada o incentivos económicos, pueden motivar a los médicos para realizar partos quirúrgicos. Todavía es posible que estas diferencias reflejen las preferencias de los pacientes y el resultado de decisiones informadas sobre el tipo de parto; elegir entre ambas interpretaciones es discutible.

3. Metodología

Tal como se mencionó, esta investigación exploró las opiniones de los y las profesionales de la salud reproductiva sobre las prácticas de parto natural y de cesárea en la provincia Buenos Aires. De manera específica se intentó

- Investigar los problemas y las ventajas de la cesárea y los posibles riesgos para la salud de la madre y del niño
- Describir las semejanzas y diferencias entre estas prácticas en relación con el sector de empleo, público o privado, de los profesionales involucrados
- Describir las semejanzas y diferencias entre estas prácticas en relación con la profesión (tocoginecología u obstetricia) de los profesionales involucrados
- Analizar las semejanzas y diferencias entre estas prácticas en relación con la antigüedad en el cargo de los profesionales involucrados

3.1. Trabajo de campo

Se administró un cuestionario semiestructurado a dieciséis (16) tocoginecólogas y obstétricas mujeres que trabajan en el sector público (hospitales y centros de salud en el GBA) y privado (obras sociales y empresas de medicina pre-paga en el GBA) para explorar las opiniones que tienen sobre el parto vaginal normal y el parto por cesárea. Para contextualizar los puntos de vista, se recopilaron variables demográficas, como sexo, profesión, antigüedad en la profesión, edad, lugar/es de trabajo, y cantidad de horas que trabaja en cada servicio de salud.

La encuesta incluyó preguntas cerradas y abiertas como:

- Opinión sobre si la cesárea es considerada un problema en la salud pública en la Argentina y motivos por los que considera que es o no un problema

- Consideraciones sobre las razones de elección de las mujeres por una cesárea programada
- Factores (por ejemplo su edad, número de hijos, estado civil, nivel educativo más alto que cursa/ó, el barrio en que vive, tipo de cobertura de salud) que influyen las preferencias de las mujeres en la visión de la cesárea y la visión del parto natural
- Acceso a información fiable para las mujeres sobre los riesgos y beneficios del parto natural y de la cesárea
- Beneficios que podrían percibir por una cesárea para los profesionales
- Obstáculos que podrían percibir en la práctica de una cesárea para los profesionales
- Posibles riesgos médicos para la salud materna-infantil
- Opiniones sobre la carga económica de la cesárea en el sistema de salud
- Diferencias entre estas prácticas en el sector público y el privado

Se tomaron los recaudos éticos correspondientes, resguardando la anonimidad de los participantes y pidiendo su consentimiento informado previo

3.2. Limitaciones

La investigación fue limitada por el número de las encuestas (16) y el tiempo de realización (un mes). Con este número de encuestas, fue necesario analizar con números absolutos los datos, en vez de porcentajes. La investigación también fue limitada por la mínima variedad de profesionales de ambos sectores; la mayoría de los contactos y las encuestadas enfocaban en el sector público. Sin embargo, los dieciséis encuestadas brindaron una amplia representación de las opiniones de los profesionales de la salud reproductiva acerca de la cesárea y el parto natural en el GBA.

4. Análisis de los resultados

4.1 Caracterización socio-demográfica de las entrevistadas

Dieciséis profesionales fueron encuestadas, sus principales características de acuerdo a la información relevada son las siguientes:

- Sexo: Todas las entrevistadas eran mujeres
- Edad: 11 de 16 de las profesionales tenían entre 25 y 45 años. 5 de 16 de las profesionales tenían más de 45 años
- Profesión: 9 tocoginecólogas y 7 licenciadas en obstetricia.
- Sector del empleo: La encuestada promedio trabajaba 86 horas por semana en el sector público y 19 horas en el sector privado. La mitad de las participantes trabajaba más de 80% de sus horas semanales en el sector público, y otra mitad trabajaba menos de o igual a 80% de sus horas semanales en el sector público.

- Antigüedad: 10/16 de las profesionales tenían más de diez años de experiencia en la medicina. 6/16 de las personas entrevistadas tenían diez o menos de diez años de experiencia. Según profesión, dos tercios (6/9) de las tocoginecólogas tenían más de diez años de experiencia y un tercio (3/9) tenían menos diez o menos de diez años de experiencia. 4/7 obstétricas tenían más de diez años de experiencia y 3/7 tenían diez o menos de diez años de experiencia.

4.2 La cesárea como problema de salud pública

La mayoría (11/16) de las profesionales creían que las tasas de cesárea actuales son un problema de salud pública. Según los sectores del empleo, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las profesionales de los sectores público y privado. Según la profesión, La mayoría (6/7) de las obstétricas pensaban que la cesárea es un problema de salud pública, aunque aproximadamente la mitad (5/9) de las tocoginecólogas así lo hacían. Según la antigüedad, la mayoría (8/10) de las profesionales con más de diez años de experiencia consideraban a la cesárea como un problema de salud pública, aunque sólo la mitad (3/6) de las profesionales con diez o menos años de experiencia lo hacían.

4.3 Causas por las que la cesárea es o no es un problema de salud pública

De los que contestaron que la cesárea es un problema de salud pública, la mitad (8/16) de las profesionales citaron los riesgos para la salud materno-infantil y la falta de justificación médica. Dijeron que la cesárea “aumenta la morbilidad materna,” se realiza “sin indicación y necesidad médica,” “crea riesgos médicos,” y que “no es justificada médicamente.” Específicamente, una persona citó la consecuencia médica para la madre del giro-cama inadecuado por ser más largo el tiempo de internación. Además, dos profesionales mencionaron que la cesárea condiciona y lleva complicaciones para el “el futuro obstétrico”; “la primera cesárea aumenta la probabilidad para otra en los partos posteriores.” De esta manera, la primera cesárea crea un ciclo de dependencia quirúrgica. Una profesional explicó que las altas tasas de cesárea “tienen que ver mucho con la falta de paciencia de la inducción del parto.” Otra dijo que hoy en día el sistema de salud “condicionamos a medicalizar el parto.”

La cuarta parte (4/16) de las profesionales citaron el tema económico de “los gastos por lo general para el sistema de salud.” Dijeron que la cesárea es “un cambio innecesario” que lleva “altos costos.” Una profesional clarificó que la causa de las altas tasas no era la ganancia económica de la práctica; “cobramos iguales por una cesárea.”

La cuarta parte (4/16) de las profesionales citaron el “tema legal” como la razón por la que clasificaron las actuales tasas de

cesárea como un problema de salud pública. Estas profesionales pensaban que por “causas judiciales” los médicos pueden “evitar tantos riesgos” y “evitar consecuencias legales” y de mala praxis. Una profesional iluminaba “la contradicción” con este “factor legal”: dijo que “con una cesárea, no hay muchos riesgos judiciales, pero las cesáreas llevan más riesgos para la morbilidad materna y fetal cuando no es fisiológicamente necesaria.”

Finalmente, la cuarta parte (4/16) de las encuestadas citaron las preferencias de las mujeres o su desconocimiento de los diferentes tipos de partos. Dijeron que “las chicas que saben sus derechos consideran que pueden solicitar una cesárea” sin necesidad médica,” la tendencia es “preferir las cesáreas,” y las tasas actuales “fueron incrementado por elección.” Una profesional creía que eligen el procedimiento porque “no saben las condiciones.” Al contrario, una profesional dijo que en vez de las demandas de las pacientes, “la mayor culpa es de las decisiones de los profesionales.

De los que contestaron que la cesárea no es un problema de salud pública, la cuarta parte (4/16) creían que el uso del procedimiento es médicamente justificado. Dijeron que la cesárea “es algo necesario para reducir la mortalidad materno-infantil,” “está dado a las madres y se usa correctamente,” es una “intervención que cuando está bien indicada tiene sus grandes beneficios,” y que “últimamente, es un procedimiento quirúrgico común con pocas complicaciones técnicas.”

Una profesional pensaba que “hay otros problemas de la salud pública más importantes, por ejemplo, la mortalidad materna y prematuridad.”

4.4 Elección de la mujer

La mayoría (14/16) de las profesionales opinaban que una mujer elegiría la cesárea en lugar del parto vaginal para disminuir su dolor y sufrimiento. Menos de la mitad (7/16) de las entrevistadas creían que una mujer seleccionaría la cirugía por la capacidad de programarla con tiempo. Un poco más de una cuarta parte (5/16) de las profesionales creían que una mujer elegiría la cesárea para aumentar su comodidad y disminuir la dificultad del parto. La cuarta parte (4/16) dijo que la rapidez del procedimiento sería un motivo para que las mujeres eligieran la cesárea. Muy pocos (3/16) eligieron la respuesta de mejorar su imagen pública. Dos profesionales añadieron la misma respuesta de desconocimiento y falta de información sobre los riesgos como una razón por la que las mujeres optarían por procedimiento en vez del parto normal.

Según los sectores del empleo todas las participantes que trabajan menos de o igual a 80% de su tiempo en el sector público respondieron que una mujer elegiría la cesárea en lugar del parto vaginal para disminuir su dolor y sufrimiento. La tres cuarta parte (6/8) de las profesionales que enfocan en el sector público lo respondieron. No hay diferencias significativas entre las respuestas de las tocoginecólogas y las obstétricas. Tam-

poco hay diferencias significativas entre las respuestas de las entrevistadas que tenían más y menos de diez años de experiencia en el campo de medicina

4.5 Factores sociodemográficos que influyen en la visión de la mujer acerca de la cesárea

La mayoría (13/16) de las personas entrevistadas pensaban que la edad es un factor sociodemográfico que influye la visión de las mujeres embarazadas acerca de la cesárea y el parto natural. La tres cuartas partes (12/16) de las entrevistadas eligieron el factor de nivel educativo, y muchos (9/16) eligieron la respuesta de nivel socioeconómico. Menos de la mitad eligieron otras respuestas relacionadas al número de hijos (6/16) y tipo de cobertura (5/16). Ninguna profesional seleccionó las respuestas de estado civil o el barrio en que la mujer vive.

Según los sectores del empleo: No hay diferencias significativas entre las respuestas de las profesionales de los sectores público y privado. Según la profesión: casi todas (8/9) las tocoginecólogas consideraban el nivel educativo de la mujer como un factor que influye su visión acerca de la cesárea, en comparación con 4/7 obstétricas. La mayoría (5/7) de las obstétricas seleccionó el factor del nivel socioeconómico, aunque solamente menos de la mitad (4/9) de las tocoginecólogas lo seleccionó. Según la antigüedad: todas las profesionales con diez o menos años de experiencia consideraban la edad de la mujer como un factor que influye su visión acerca de la cesárea, mientras que 7/10 de las profesionales con más de diez años de experiencia lo consideraban. Además, casi todas (5/6) las profesionales con diez o menos años de experiencia eligieron el factor del nivel socioeconómico y menos de la mitad (4/10) de las profesionales con más de diez años de experiencia lo consideran.

4.6 Factores sociodemográficos que influyen en la visión de la mujer acerca del parto vaginal

La tres cuartas partes (12/16) de las profesionales no dudaban de que el nivel educativo de una mujer embarazada influye su visión acerca del parto vaginal. Muchos (11/16) eligieron el factor de número de hijos. Menos de la mitad seleccionó el factor de edad (7/16) y nivel socioeconómico (6/16). Sólo una persona eligió el factor de tipo de cobertura. Ninguna profesional seleccionó las respuestas de estado civil o el barrio en que la mujer vive. Según los sectores del empleo: no hay diferencias significativas entre las respuestas de las profesionales de los sectores público y privado. Según la profesión no hay diferencias significativas entre las respuestas de las tocoginecólogas y las obstétricas. Según la antigüedad, casi todas (5/6) las encuestadas con diez o menos de diez años de experiencia consideraban el número de hijos de la mujer como un factor

que influye la visión de las mujeres acerca del parto vaginal. Un poco más de la mitad (6/10) de las profesionales con más de diez años de experiencia lo consideraban.

4.7 Acceso a información adecuada

La mayoría (9/16) de las encuestadas creían que las mujeres no reciben información adecuada acerca de sus opciones, riesgos y beneficios de los diferentes tipos de parto. La cuarta parte (4/16) creen lo contrario. Tres personas no respondieron. Según los sectores del empleo, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las profesionales de los sectores público y privado. Según la profesión, dos tercios (6/9) de las tocoginecólogas opinaban que las mujeres no reciben información adecuada, cuando menos de la mitad (3/7) de las obstétricas lo creían. Según la antigüedad en el cargo, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las entrevistadas que tenían más y menos de diez años de experiencia.

4.8 Recursos fiables y disponibles

Todas las entrevistadas estaban de acuerdo en que el diálogo con su(s)médico(s) es un recurso fiable y disponible para las mujeres acerca de los diferentes tipos de parto. Muchas (10/16) profesionales consideraban a los programas gubernamentales como un recurso informativo. Muy pocos eligieron otras respuestas relacionadas a folletos de ONG (3/16), información en el Internet (3/16), o carteles en la vía pública o en medios de comunicación (2/16). Dos profesionales añadieron la misma respuesta de cursos gratuitos en hospitales públicos. Según los sectores del empleo, las tres cuartas partes (6/8) de los profesionales que enfocan en el sector público creían que los programas gubernamentales son recursos fiables y disponibles para las mujeres embarazadas. Sólo la mitad (4/8) de los profesionales que trabajan menos de o igual a 80% de sus horas semanales en el sector público lo creían. Según la profesión, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las tocoginecólogas y las obstétricas. Según la antigüedad, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las entrevistadas que tenían más y menos de diez años de experiencia.

4.9 Beneficios de la cesárea para médicos

Casi todas (15/16) las personas entrevistadas estaban de acuerdo en que por la práctica de una cesárea los médicos podrían programar un horario más relajado. Más de la mitad (11/16) opinaban que los médicos podrían ahorrar tiempo y evitar riesgos de mala praxis por la realización de una cesárea. La cuarta parte (4/16) creía que por el procedimiento los médicos podrían aumentar la ganancia económica de la práctica. Según los sectores del empleo, casi todas (7/8) los profesionales que enfocan en el sector público creían que los médicos podrían

evitar riesgos de mala praxis por la práctica de una cesárea, aunque sólo la mitad (4/8) de los profesionales que trabajan menos de o igual a 80% de su tiempo en el sector público lo creen. Según la profesión, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las tocoginecólogas y las obstétricas. Según la antigüedad, casi todas (5/6) las profesionales con diez o menos de diez años de experiencia respondieron que por la práctica de una cesárea los médicos podrían ahorrar tiempo. Un poco más de la mitad (6/10) de las profesionales con más de diez años de experiencia lo consideraban.

4.10 Obstáculos para médicos

Más de la mitad (9/16) de las encuestadas están de acuerdo en que el acceso a un anestesiólogo es un obstáculo para los médicos en la realización de una cesárea. Menos de la mitad eligieron los obstáculos de los riesgos de salud para la madre (5/16), el acceso a un quirófano (4/16) y los riesgos de salud para el recién nacido (3/16). Según los sectores del empleo las tres cuartas partes (6/8) de los profesionales que enfocan en sector público creían que el acceso a un anestesiólogo es un obstáculo para los médicos en la práctica de una cesárea. Menos de la mitad (3/8) de los profesionales que trabajan menos de o igual a 80% de sus horas semanales en el sector público lo consideraban. Según la profesión, casi todas (8/9) las tocoginecólogas piensan que el acceso a un anestesiólogo es un obstáculo para médicos en la práctica de una cesárea. Sólo una obstétrica lo contestó. Según la antigüedad no hay diferencias significativas entre las respuestas de las entrevistadas que tenían más y menos de diez años de experiencia.

4.11 Carga económica

Casi todas (15/16) las profesionales entrevistadas están de acuerdo en que la cesárea, en relación con el parto vaginal, es una carga económica para el sistema de salud. Según los sectores del empleo, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las profesionales de los sectores público y privado. Según la profesión, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las tocoginecólogas y las obstétricas. Según la antigüedad, no hay diferencias significativas entre las respuestas de las entrevistadas que tenían más y menos de diez años de experiencia.

4.12 Discordancia entre los sectores público y privado

La mayoría (14/16) de las profesionales citaron el tema de tiempo y programación de los médicos como el factor principal que más ha aumentado las tasas de cesáreas en el sector privado que el sector público. Destacaron que en el sector público, la programación de la cesárea no es una opción para los médicos; "los hospitales públicos no tienen los beneficios para realizar

una cesárea y por eso respeta la patología.” Una profesional pensaba que porque en el sector privado “los médicos trabajan en muchos lados,” la “realidad de tiempo más que nada influye su decisión; lleva horas.” Otras están de acuerdo; creían que en el sector privado “en realidad, es más práctica programar la cesárea” y que la cesárea se “puede programar para una fecha específica.” Los médicos pueden “ahorrar tiempo, programar, y relajar” con la capacidad de “organizar sus horarios” y “la vida laboral.” En comparación, los hospitales del sector público utilizan la guardia de veinticuatro horas para los partos. Por eso, los médicos no podrían programar los turnos y tienen “el tiempo y los recursos para realizar el parto vaginal con paciencia.” Además, la gente que viene ala guardia no tiene médico establecido y por eso los médicos no pueden programar los partos. Por lo tanto, con el sistema de la guardia, se opera sólo cuando hay riesgos para la madre o niño. En el sector público, las normas mandan el procedimiento natural.

Cinco profesionales citaron “el tema económico” del sector privado, incluyendo el “sueldo de la práctica” y “plata para los médicos.” Tres profesionales atribuían las altas tasas del sector privado al “deseo materno” y la capacidad de las mujeres en este sector de elegir el procedimiento. Una profesional dijo que “el sistema de partos en el sector privado es como un negocio.” Tres profesionales mencionaron la menor disponibilidad de y menor acceso a anestesiólogos. Dos profesionales pensaban que el perfil sociodemográfico de las mujeres del sector privado influye en las tasas de cesárea crecientes en el sector privado. Se indicó que en el sector privado, las madres tienen menos cantidad de hijos. Por eso, “no piensan en el futuro obstétrico... la probabilidad de tener otro hijo y va a necesitar otra cesárea no es aplicable.” Dos profesionales citaron la evitación de mala praxis y complicaciones legales para explicar la discordancia de tasas entre ambos sectores. Una profesional creía que en los hospitales públicos “tenés todo el equipo de especialistas y las pacientes están más protegidas” porque el grupo, en vez de sólo un médico, ofrece varios puntos de vista para evaluar la situación médicamente.

Casi todas las profesionales entrevistadas están de acuerdo en que la cesárea, en relación con el parto vaginal, es una carga económica para el sistema de salud.

5. Conclusiones

La mayoría de las profesionales están de acuerdo en que las tasas de cesárea actuales son un problema de salud pública. Las tocoginecólogas y profesionales con más experiencia se inclinaban más a creer esto que las obstétricas y profesionales con menor antigüedad. Las obstétricas tienen un rol más técnico en “la asistencia del embarazo, parto, y puerperio normales” (Murray, 2000). Por eso, es posible que con menos participación en las decisiones de realizar una cesárea en vez del parto natural, las obstétricas no sean informadas acerca de las cesáreas innecesarias y sus riesgos. Además, es probable que las

profesionales con más experiencia en el campo de medicina hayan visto el aumento en las tasas de cesáreas por los años en relación con las nuevas profesionales.

Principalmente, las profesionales citaron los riesgos para la salud materno-infantil, como complicaciones en el futuro obstétrico y la falta de justificación médica para explicar el problema. Otras explicaciones significativas incluyen el tema económico de los altos gastos para el sistema de salud, el tema legal y el motivo para los médicos de evitar consecuencias judiciales como la mala praxis, y finalmente el deseo materno desinformado.

La mayoría de las profesionales creían que una mujer elegiría la cesárea en lugar del parto vaginal para disminuir su dolor y sufrimiento. Otras razones comunes incluyeron la capacidad de programarla con tiempo. Estas respuestas fueron seleccionadas más por las profesionales que desempeñaban comparativamente menos en el sector público. Es probable que esta correlación se relacione con la capacidad de las mujeres del sector privado de programar una cesárea médicamente innecesaria. Porque las mujeres en el sector público no pueden programar cesáreas, es viable que los médicos que trabajan más en el sector público se encuentren con este motivo con menos frecuencia.

La edad, el nivel educativo, y el nivel socioeconómico eran las respuestas más populares en relación con los factores socio-demográficos de las mujeres que influyen su visión acerca de la cesárea. Acerca del parto natural, el nivel educativo y el número de hijos eran las respuestas más comunes. Por eso, para los dos tipos de partos, la mayoría de las profesionales pensaban que el nivel educativo de la paciente es una variable importante en el desarrollo del futuro obstétrico de la mujer.

La mayoría de las encuestadas opinaban que las mujeres embarazadas no recibieron información adecuada acerca de sus opciones, riesgos y beneficios de los diferentes tipos de parto. Las tocoginecólogas identificaron en mayor medida esta brecha y falta de información en relación con las obstétricas.

Todas las entrevistadas estaban de acuerdo en que el diálogo con su(s) médico(s) es un recurso fiable y disponible para las mujeres sobre los diferentes tipos de parto. Además, las profesionales que trabajaban más en el sector público se inclinaban más a identificar programas gubernamentales como recursos informativos. Dado que los programas gubernamentales se realizan a través de los hospitales públicos y con sus trabajadores, es probable que las profesionales que trabajaban más en el sector público tuvieran más experiencia y conocimiento de estos recursos.

Casi todas las personas entrevistadas estaban de acuerdo en que por la práctica de una cesárea los médicos podrían programar un horario más relajado. Del mismo modo, muchas profesionales opinaban que los médicos podrían ahorrar tiempo por la realización de una cesárea. Por eso, el tema de tiempo unificó las dos opciones. Por otro lado, casi todas las profesionales que enfocaban su tiempo en el sector público pensaban

que los médicos podrían evitar riesgos de mala praxis por la práctica de una cesárea. Estas respuestas destacan las diferencias entre los dos sectores de salud. En el sector privado, con la capacidad de programar las cesáreas, los médicos pueden percibir el beneficio de ahorrar tiempo y organizar su vida laboral flojamente. Sin embargo, en el sector público –sin la capacidad de programar las cirugías– uno de los únicos beneficios que los médicos podrían percibir por la práctica de una cesárea es la evitación de consecuencias legales.

Muchas de las encuestadas están de acuerdo en que el acceso a un anestesiólogo es un obstáculo para los médicos en la realización de una cesárea. Este punto fue seleccionado en mayor medida por las profesionales que trabajaban más en el sector público. Estas respuestas iluminan las diferencias en los recursos humanos entre los sanatorios privados y las guardias públicas.

En respuesta a las diferencias entre las tasas de cesárea en los sectores público y privado, la mayoría de las profesionales citaron el tema del tiempo. Los médicos en el sector privado pueden programar las cesáreas, aunque los del sector público no tienen este lujo debido al sistema de la guardia de veinticuatro horas para realizar los partos.

En conclusión, las encuestas empiezan a llenar la brecha entre solamente el 15% de las mujeres a nivel mundial que preferirían la cesárea al parto natural y las altas tasas actuales.

Principalmente, establecen que la mayoría de las profesionales reconocen las crecientes tasas de cesárea como un problema de salud pública y una carga económica para el sistema de salud. Las profesionales confirmaron que la cesárea lleva riesgos médicos para la salud materno-infantil. Además de las preferencias de las mujeres, los profesionales de la salud reproductiva en el Gran Buenos Aires pensaban que los factores sociodemográficos de las pacientes embarazadas como edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, y el número de hijos influyen en la realización de diferentes tipos de partos. Además de las pacientes, los profesionales destacaban los beneficios que pueden percibir por una cesárea en cada sector: la programación del horario para ahorrar tiempo y organizar la vida laboral en el sector privado, y la evitación de consecuencias legales como la mala praxis en el sector público. Las opiniones de las encuestadas iluminaron la falta del recurso humano de los anestesiólogos, lo que obstaculiza la práctica de la cesárea. De toda esta información, es evidente que las tasas de cesáreas crecientes tienen causas multifactoriales; la preferencia por una u otra modalidad de parto está íntimamente arraigada en la cultura y el sistema de salud. Sin embargo, no hay duda de que la visión, los beneficios, y los obstáculos de las profesionales que realizan el parto están condicionados las altas tasas actuales conjuntamente con el deseo materno y las preferencias de las pacientes.

Referencias

- Althabe, F., & Belizán, J. (1999). Investigación Clínica Aleatorizada Sobre La Segunda Opinión Ante La Decisión De La Operación Cesárea. *Experiencias Innovadoras En Salud Reproductiva*.
- Borgh J., Bastus S., Belizan M., Carroli G., Hutton G., & Fox-Rushby J. (2003). Costs of publicly provided maternity services in Rosario, Argentina. *Salud Pública de México*, 45(1), 27-34.
- Cecilia De Mello E Souza (1994). C-sections as Ideal Births: The Cultural Constructions of Beneficence and Patients' Rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 3, pp 358-366.
- Dirección de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2009). "Buenos Aires en Números".
- Findling, L., Lehner M., Ponce, M. y Venturiello, M. (2011). Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. CEPESC, Rio de Janeiro.
- Gibbons, L., Belizán, J., Lauer, J., Betrán, A., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Additional Coverage. *World Health Report Background Paper*, (30).
- MacDorman M., Declercq E., Menacker F., Malloy M. (2008). Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth*. 35(1):3–8.
- Mander, R. (2007). *Caesarean: Just another way of birth?* Abingdon [UK: Routledge.]
- Mazzoni, A., Althabe F., Liu N.H., Bonotti A.M., Gibbons L., Sánchez A.J., et al. (2010). Women's preference for caesarean section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011;118:391–9.
- Murray, S. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. *BMJ*, 1501-1505.
- Potter, J., Berquó, E., Perpétuo, I., Leal, O., Hopkins, K., Souza, M., & Fromiga, M. (n.d.). Unwanted Caesarean Sections Among Public and Private Patients in Brazil: Prospective Study. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 270-272.
- Shearer, E. (1993). Caesarean section: medical benefits and costs. *Social Science and Medicine*, vol. 37, 1993, págs. 1223-1231.
- Trolle, Dyre. (1982). The history of Caesarean section. *Acta Historica Scientiarum Naturalium et Medicinalium*. Vol. 33, Copenhagen, C. A. Reitzel, 8vo, pp. 109, illus., Dkr. 102.50 (paperback).
- Types of Delivery. (2012). *Family Education*.
- Uranga, A., Urman, J., Lomuto, C., Martínez, I., Weisburd, M., García, O., et al. (2010). *Guía Para La Atención Del Parto Normal En Maternidades Centradas En La Familia*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia: Ministerio de Salud, Argentina. 4ta. Edición.
- Villar J., Valladares E., Wojdyla D., Zavaleta N., Carroli G., Velazco A., et al. (2005). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*. 2006;367(9525): 1819–1829
- Wolfe, S. (1994). Unnecessary Caesarean Sections: curing a national epidemic. *Public Citizen Health Research Group*.
- World Health Organization. "Appropriate technology for birth." *Lancet* 1985; 2 (8452): 436-7.