



La epidemia de cesáreas en México

Héctor Lamadrid-Figueroa, Leticia Suárez-López y Dolores González-Hernández

INTRODUCCIÓN

La práctica de la cesárea ha crecido considerablemente a pesar de los riesgos en la salud de la madre y de la persona recién nacida

A partir de los años noventa y hasta la actualidad, la tasa de partos por cesárea ha ido en aumento, convirtiéndose en un fenómeno mundial con una mayor práctica en países de medianos y altos ingresos¹. En 2017, México ocupó el segundo lugar en la tasa de cesáreas, tanto en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como a nivel mundial (46.8 y 48.7%, respectivamente).^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una tasa de cesárea de 10 a 15%⁴ y la Norma Oficial Mexicana 007 establece un máximo entre 15 y 20%.⁵ La literatura científica ha demostrado que cuando la

cesárea está justificada desde el punto de vista médico es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal.⁶ Por el contrario, cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos sobrepasan los beneficios⁷ y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres.⁸ En fechas recientes un grupo de expertos enfatizó que en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada, debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten.^{6,9}

En 2018-19,
México tenía una
**tasa de cesáreas
de 48.8%**¹⁰

No realizar
las prácticas basadas
en evidencia
contribuye a un
**aumento
de cesáreas
innecesarias**⁹

Las madres
y recién nacidos
presentan
**mayor riesgo de
complicaciones**
después de una
cesárea^{11,12}

PANORAMA DEL PROBLEMA

El parto por cesárea es utilizado ampliamente en México, y en muchos casos se realiza sin ninguna indicación médica

El uso excesivo de esta práctica ha generado complicaciones a las mujeres sometidas a este procedimiento y, a la vez, su uso impone una carga financiera y riesgos clínicos para las pacientes y los sistemas de salud.¹¹

A pesar de que la política gubernamental mexicana ha señalado la necesidad de que las instituciones del sector público, y particularmente del privado, establezcan estrategias puntuales para disminuir los casos de cesáreas innecesarias,¹⁴ a la fecha no se observan los resultados deseados.¹⁵ Esta situación ha generado costos adicionales

para el sistema de salud¹⁶ y diferentes complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento, tales como el aumento de la morbilidad para la madre y la persona recién nacida, así como un mayor riesgo de rotura uterina, placentación anormal, embarazo ectópico, muerte fetal y parto prematuro. Los bebés nacidos por cesárea tienen diferentes exposiciones hormonales, físicas, bacterianas y médicas, y estas exposiciones pueden alterar sutilmente la fisiología neonatal. Los riesgos a corto plazo de la cesárea incluyen

un desarrollo inmunológico alterado, una mayor probabilidad de alergia, atopia y asma, y una diversidad de microbiomas intestinales reducida.⁹

El continuo aumento en las tasas de cesáreas ha suscitado un debate que considera que su abuso generalizado es una práctica de violencia obstétrica que vulnera los derechos reproductivos de las mujeres.¹⁷ En este sentido, recientemente se ha enfatizado que este procedimiento debe efectuarse sólo a las mujeres que lo necesiten y no de manera habitual.⁶

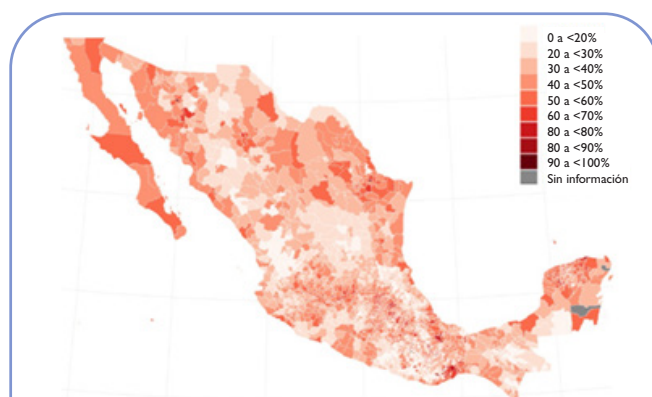


Figura 1. Proporción de mujeres con partos por cesárea a nivel municipal en México, 2010

Fuente: Zúñiga Bañuelos JA, 2020¹³

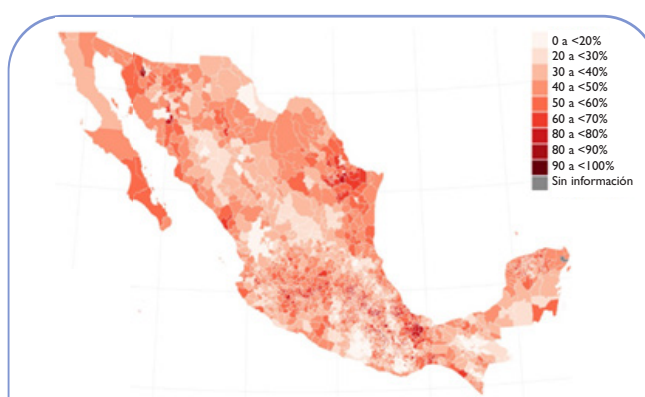


Figura 2. Proporción de mujeres con partos por cesárea a nivel municipal en México, 2017

Fuente: Zúñiga Bañuelos JA, 2020¹³

¿CUÁLES SON LOS RETOS?

Las cesáreas pueden salvar la vida de la madre y la persona recién nacida solamente cuando son necesarias por motivos médicos¹⁶

La cesárea innecesaria es un problema multifactorial relacionado con razones de carácter sociocultural, económico, demográfico, aspectos clínicos, o del desempeño de la práctica médica y de la organización de los servicios de salud.¹⁸

Se ha observado una mayor realización de esta práctica clínica en mujeres menores de 20 y mayores de 34 años de edad, primíparas, en habitantes de áreas urbanas, con altos niveles de escolaridad y de estatus socioeconómico alto.^{12,19}

Algunas mujeres con experiencias traumáticas o complicaciones en partos

anteriores creen que el parto vaginal no es posible después de una cesárea y esto puede influir en el incremento de esta práctica a solicitud materna.²⁰ No obstante, la evidencia científica ha demostrado que la demanda de las mujeres no es un impulsor sustancial del problema actual del uso de cesáreas innecesarias, y que los esfuerzos para reducirlas deben respetar firmemente sus derechos a elegir la forma de nacimiento.¹²

Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte,⁶ especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o capacidad para tratar complicaciones quirúrgicas.⁹

La falta de capacitación constante en las unidades de salud contribuye a que no haya una disminución en la cantidad de cesáreas que se realizan.

“Se debe capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre el parto humanizado”

“El desconocimiento de la normatividad y de los lineamientos vigentes del parto humanizado por parte del personal de salud ha derivado en altos niveles de la tasa de cesáreas en el país. Es necesario ampliar la difusión de la atención materna privilegiando la resolución del embarazo vía parto vaginal, y haciendo particular énfasis en la práctica de la cesárea como último recurso para salvar la vida de la madre y de la persona recién nacida”

RETOS QUE ENFRENTAMOS

1. **Centrar la atención** en las mujeres con base en el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.
2. **Disminuir el uso innecesario de las cesáreas** privilegiando el nacimiento vía vaginal.
3. **Evitar programar cesáreas** de rutina en mujeres a las que anteriormente se les realizó este procedimiento quirúrgico.
4. **Realizar la cesárea únicamente cuando exista una indicación médica** clara que lo justifique.
5. **Limitar procedimientos de rutina** durante el desarrollo del trabajo de parto para evitar hacer diagnósticos injustificados de cesárea.
6. **Capacitar y sensibilizar** con perspectiva de género a los proveedores de salud en los lineamientos de parto humanizado.
7. **Fomentar la integración del personal de partería profesional** con los equipos de trabajo de médicos y enfermeras para manejar en conjunto el proceso del parto fisiológico.
8. **Brindar educación en salud** durante todo el ciclo reproductivo con enfoque de género.



RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA

1.

Capacitar y sensibilizar al personal de salud materna en el enfoque de atención centrado en la mujer, así como en la perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos.

2.

Verificar que se cumpla la recomendación de la NOM 007 respecto al **otorgamiento de información por parte del personal de salud a las mujeres** sobre las ventajas y desventajas del parto vaginal y de la cesárea desde la atención prenatal.

3.

Utilización de criterios basados en evidencia científica para identificar los embarazos de bajo riesgo como una acción prioritaria **para contener la práctica de la cesárea.**

4.

Realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.

5.

Utilización del sistema de clasificación de Robson como estándar global para **evaluar la necesidad de realización de cesáreas.**

6.

Estandarizar protocolos que tengan como **práctica de rutina el doble diagnóstico** para casos complejos y con diagnóstico incierto.

7.

Hacer una revisión exhaustiva de las indicaciones para la realización de la operación cesárea en aquellas mujeres donde el riesgo de esta intervención se incrementa como las mayores de 35 años, primíparas y con cesárea previa.

8.

Capacitar y sensibilizar con perspectiva de género al personal de salud de manera constante **sobre el parto humanizado** y la normatividad vigente, así como en la actualización de las Guías de Práctica Clínica.

9.

Implementar acciones enfocadas a **evitar la primera cesárea** con el fin de disminuir las cesáreas de repetición y cuando se requiera, se efectúe bajo sustento médico y con el consentimiento de las mujeres.

10.

Incrementar el desarrollo de la **atención obstétrica para embarazos de bajo riesgo** a través del fortalecimiento del primer nivel de atención.

11.

Incorporar al personal de partería profesional en el sector público de salud, con un sistema de referencia hospitalaria **para partos complicados y emergencias obstétricas.**

12.

Sensibilizar a las mujeres embarazadas sobre las ventajas y desventajas del parto por cesárea para que tomen decisiones informadas.

Referencias

1. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018;392(10192):1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30717-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30717-2)
2. Organization for Economic Cooperation and Development. *Health at a Glance 2017*, OECD Indicators, 2017. OECD Publishing, 2017.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. *Health at a Glance 2019 OECD Indicators* [Internet].
4. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):437-438.
5. SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 1995.
6. OMS. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesárea. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud, 2015.
7. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335(7628):1025-1036. <https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>
8. Unnithan M. What Constitutes Evidence in Human Rights-Based Approaches to Health? Learning from Lived Experiences of Maternal and Sexual Reproductive Health. *Health Hum Rights*. 2015;17(2):45-56.
9. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GHA, Homer CSE, *et al.* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet* 2018;395:1349-1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
10. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.
11. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, *et al.* FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018;392(10155):1286-1287. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32113-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32113-5)
12. The Lancet. Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018;392(10155):1279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32394-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32394-8)
13. Zúñiga Bañuelos JA. La práctica de la cesárea en México: análisis de las tendencias a nivel institucional y municipal durante el periodo de 2010 a 2017. Tesis de Maestría en Ciencias en Sistemas y Políticas de Salud, Escuela de Salud Pública de México, 2020.
14. SSA. Lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea. México, DF: Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, SSA, 2007.
15. Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D, Lazcano-Ponce E. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública de México*, 2013;55(supl 2):S225-S234.
16. Betran AP, Temmerman M, Kingdon C, *et al.* Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet* 2018;392(10155):3158-3168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
17. Prado Murrieta A. La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencia de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *Musas* 2021;6(1):59-76. <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4>
18. González G, Vega M, Cabrera C. Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. México: Universidad de Guadalajara y Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2011.
19. Wiklund I, Malata AM, Chueung NF, Cadée F. Appropriate use of caesarean section globally requires a different approach. *Lancet*. 2018;392(10155):1288-1289. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32325-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32325-0)
20. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020 Nov;33(22):3867-3872. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1587407>