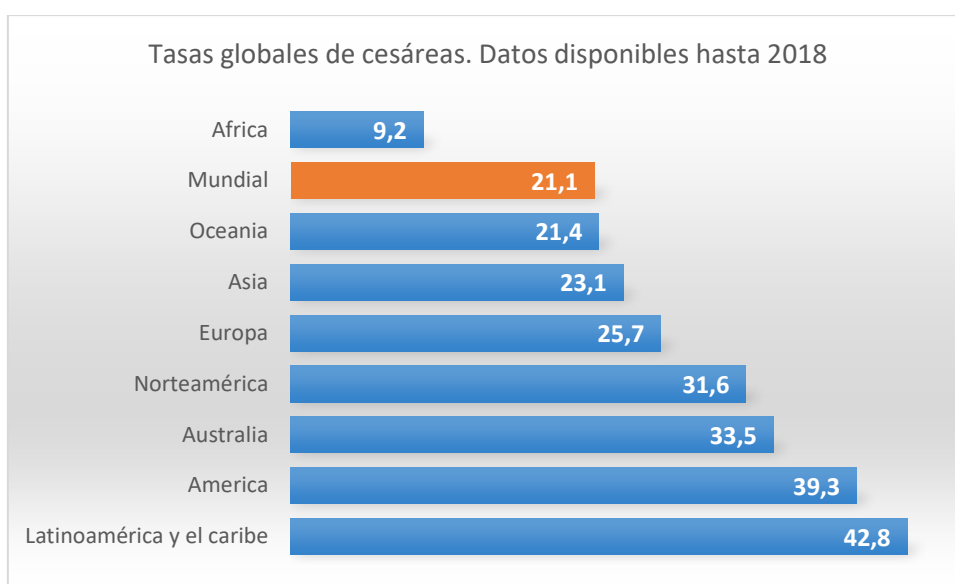


INCIDENCIA DE CESÁREAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: EL CASO DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD Y DE LAS ENTIDADES PRIMARIAS DE FACTURACION DE FEMEBA AÑOS 2010 y 2019.

INTRODUCCIÓN

A partir de 1985 (1) se identifica a la tasa de cesárea aceptable dentro del marco entre el 10% y el 15%. Un punto claro es que la cesárea, cuando está justificada desde el por acto médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Siendo un procedimiento invasivo, quirúrgico, ineludiblemente se asocia a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Esto ha sido ampliamente estudiado y evaluado. En particular, los riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. A nivel mundial las estadísticas disponibles constituyen registros de diferentes años de referencia y fuentes. De todas maneras, hemos incluido una reciente revisión publicada en el BMJ en el año 2021, con estimaciones puntuales, de intervalos y proyección (2)



Datos adaptados de Betran AP, *et al.* *BMJ Global Health* 2021;6:e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671

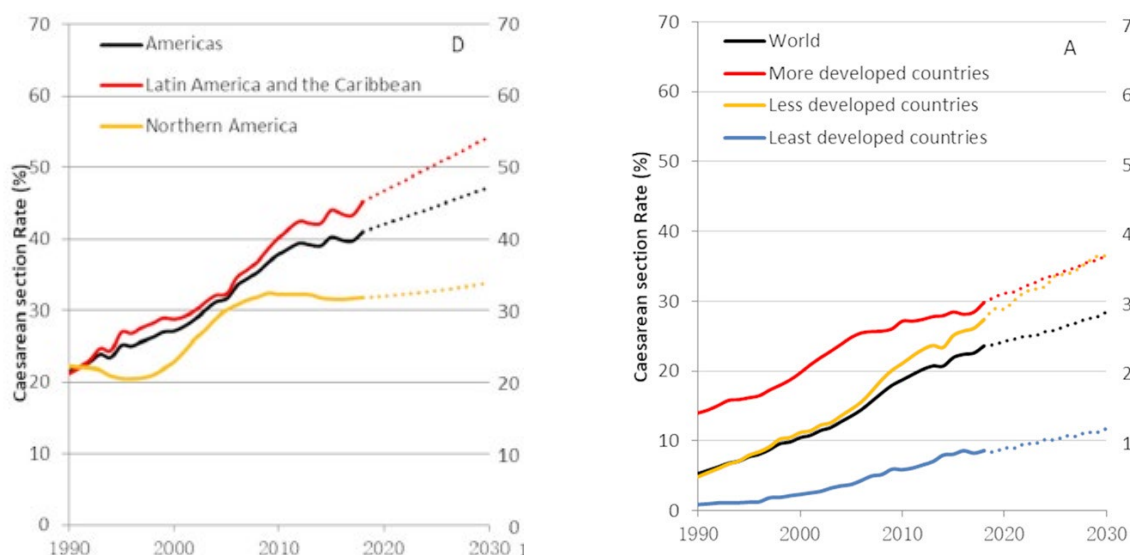
Tasas de cesárea según regiones categorizadas por el agrupamiento de Naciones Unidas.

Región	Tasa de Cesárea				
	Media	Ic 95%		Mínimo	Máximo
África	9.2	5.2	13.2	1.4	51.8
Norte	32.0	5.9	58.2	9.1	51.8
Sub sahariana	5.0	3.5	6.6	1.4	50.7
Asia	23.1	19.9	26.3	3.5	55.3
Central	12.5	6.5	18.4	5.3	18.0
Este	33.7	27.3	40.1	12.9	39.1

Sudeste	15.9	9.6	22.3	3.5	32.7
Sur	19.0	13.7	24.3	6.6	40.0
Oeste	31.7	22.7	40.6	4.8	55.3
Europa	25.7	23.4	28.0	14.9	46.9
Este	25.0	18.7	31.3	17.9	46.9
Norte	25.3	21.5	29.1	15.9	32.6
Sur	30.1	27.5	32.7	21.2	34.1
Oeste	24.2	18.3	30.0	14.9	32.7
Américas	39.3	34.6	44.0	5.4	58.1
Latinoamérica	42.8	37.6	48.0	5.4	58.1
Norteamérica	31.6	20.5	42.8	28.8	31.9
Oceania	21.4	6.6	36.2	3.0	34.6
Australia y N. Zelanda	33.5	1.9	65.1	27.9	34.6
Melanesia, Micronesia	3.6	0.7	6.6	3.0	17.4
Mundial	21.1	18.8	23.3	1.4	58.1

Fuente: Betran AP, et al. *BMJ Global Health* 2021;6:e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671

Proyección de la tasa de cesáreas en las Américas y a nivel Mundial



Fuente: Betran AP, et al. *BMJ Global Health* 2021;6:e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671

Las estimaciones sugieren que la tasa global actual de cesárea ronda el 21%. Si bien las tasas de CS han aumentado constantemente en todo el mundo en las últimas tres décadas, países subsaharianos de África continúan presentando las tasas más bajas de CS y Latinoamérica América y el Caribe se mantienen en los más altos. La proyección de las tasas para 2021–2030 sugieren que para 2030 se acercará al 30% con 38 millones de cesáreas en todo el mundo. Se espera que África permanezca muy por debajo de la tasa del 10% umbral mientras que en cambio puede convertirse en el modo más frecuente de nacimiento en Asia oriental y occidental y América Latina. El aumento del uso de la cesárea a nivel mundial implica múltiples factores e interacciones, incluyendo mujeres y

preferencias de las familias, puntos de vista de los profesionales de la salud y creencias, conveniencia, remuneración, organización sanitaria y estructuras financieras. Algunos de estos factores son específicos del país, pero otros son universales y alineados con los valores y percepciones que sustentan la cultura contemporánea sociedades En este contexto, reducir el uso excesivo de la cesárea como forma de terminación del parto ha resultado difícil de lograr y de hecho ya se ha convertido en el modo de nacimiento más frecuente en varios países.

El presente documento tuvo como objetivo general determinar las incidencias de la práctica de cesárea entre los años 2010 y 2019 teniendo en cuenta lo ocurrido en el ámbito de FEMEBA y por otra parte el del subsector público de salud de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo, como objetivos secundarios se identificaron las tasas de cesáreas según el municipio contara con efectores de administración provincial, municipal o ambos, tanto para el subsector público como para la entidad primaria de facturación de FEMEBA.

MARCO TEÓRICO

La OMS incluyó una revisión sistemática de los estudios disponibles en los que se pretendía determinar la tasa ideal de cesárea en un país o en una población determinados y un análisis mundial por países con los datos más recientes disponibles (3,4) Sobre la base de estos datos con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.
6. Con los datos actuales no es posible evaluar la asociación entre la mortalidad materna y neonatal, y las tasas de cesárea superiores al 30%.
7. La calidad de la atención sanitaria, en especial por lo que se refiere a la seguridad, es una consideración importante a la hora de analizar las tasas de cesárea y la mortalidad. El riesgo de infección y de complicaciones por la cirugía son peligros potenciales, en particular en los lugares que carecen de instalaciones o de la capacidad para realizar cirugía de forma segura.

A nivel de población, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal (4). Por encima de este nivel, el aumento de la tasas de cesárea deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad. No obstante, esta asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad se redujo o incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos (5). En el estudio ecológico mundial de la OMS se halló que una parte considerable de la asociación bruta entre la tasa de cesárea y la mortalidad puede explicarse por factores socioeconómicos (6). Sin embargo, hasta una tasa de cesárea de 10%, la mortalidad materna y neonatal disminuyó conforme se incrementaron las tasas de cesárea. A medida que las tasas de cesárea aumentaron por encima del 10% hasta llegar al 30%, no se observó ningún efecto sobre la mortalidad. Este análisis aplicó un enfoque longitudinal con datos a nivel nacional y ajustes en función del desarrollo socioeconómico. Este enfoque tal vez resuelva algunas limitaciones de los estudios transversales observadas en la revisión sistemática, pero cabe destacar que las asociaciones ecológicas no implican causalidad.

A nivel institucional, la cuestión ha sido abordada a través de modelizaciones, entre las cuales destaca el modelo de Robson (7). De los sistemas existentes que categorizan las cesáreas, en muchos países se ha utilizado ampliamente en los últimos años la clasificación de diez grupos (también conocida como la «clasificación de Robson»). En 2014, la OMS realizó una revisión sistemática sobre la experiencia de los usuarios de la clasificación de Robson con la intención de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones. (8). En base a estas evaluaciones, OMS propuso emplearlo como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Vale decir, claramente tiene una aplicación institucional, no poblacional y en todo caso reflejaría más el comportamiento del establecimiento que el impacto de la cesárea sobre la salud perinatal global. El sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades: paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa); comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto); edad gestacional (parto prematuro o a término); presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa; y cantidad de fetos (único o múltiple). La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva. Esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas, es posible clasificar a cada mujer en el momento de su admisión para dar a luz, en uno de los diez grupos. Esto permite comparar y analizar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre ellos

Indudablemente, el incremento de la cesárea como forma de parto involucra la planificación de recursos y la organización del sistema de salud. Si bien la no medicalización del nacimiento resulta a todas luces el modo más adecuado del parto, la brecha entre lo que es actualmente ofrecido y lo que es probable que suceda o debería suceder podría orientar las inversiones económicas para que la interferencia sea mínima con los procesos fisiológicos. Aquí además podría jugar un rol la comprensión que a largo plazo presenta la cesárea para las mujeres y los niños. En síntesis, la tendencia histórica reciente y asimismo, en base a ellas, las proyecciones que se reflejan muestran una medicalización creciente e interferencia en ese sentido en el nacimiento natural. Sin embargo, hay países donde la necesidad de cesárea justificada está insatisfecha

METODOLOGÍA

Diseño: estudio observacional cuantitativo retrospectivo. El análisis incluyó el cálculo de la distribución de frecuencia de nacimientos según forma de terminación ajustado por entidad primaria de facturación. Asimismo se estimó un test z de proporciones para comparar ambos períodos. La información fue provista por la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de la Provincia de Buenos Aires. Muestra los nacimientos absolutos y las cesáreas considerando por Partido y por Región Sanitaria según los nacimientos hayan ocurrido en efectores de administración provincial, municipal y nacional. En ese sentido, se presentan en tablas los guarismos respectivos, siendo los partos todos los nacimientos, tanto vaginales como cesáreas.

RESULTADOS

Partos y cesáreas en Subsector Oficial de Salud.

Tabla 1. Partos y cesáreas con su porcentaje en el subsector Oficial de Salud. Años 2010-2019, según pertenencia administrativa del efector del parto.

Provincia de Buenos Aires. Subsector publico												
Años	Total			En efector Provincial			En efector Municipal			En efector Nacional		
	Partos	Cesárea	%	Partos	Cesárea	%	Partos	Cesárea	%	Partos	Cesárea	%
2010	144,961	44,303	30.6%	86,240	24,493	28.4%	55,307	18,953	34.3%	3,414	857	25.1%
2019	115,510	45,147	39.1%	65,490	23,321	35.6%	49,346	21,490	43.5%	674	336	49.9%
Diferencia	-29,451	844	8.5%	-20,750	-1,172	7.2%	-5,961	2,537	9.3%	-2,740	-521	24.7%

Como puede observarse en la tabla 1, la tasa de cesáreas en el subsector público de salud ha experimentado un aumento global del 8.4% ($p < 0.01$ z: 45.3) entre 2010 y el 2019. En tanto en los hospitales Municipales la diferencia fue del 9.3% ($p < 0.01$, z: 30.7) y finalmente, a nivel nacional, dado el número escaso de efectores, la distancia presenta una interpretación particular.

Gráfica 1. Provincia de Buenos Aires. Tasa de cesárea en el subsector oficial de salud y en sus efectores de administración municipal, provincial o nacional.

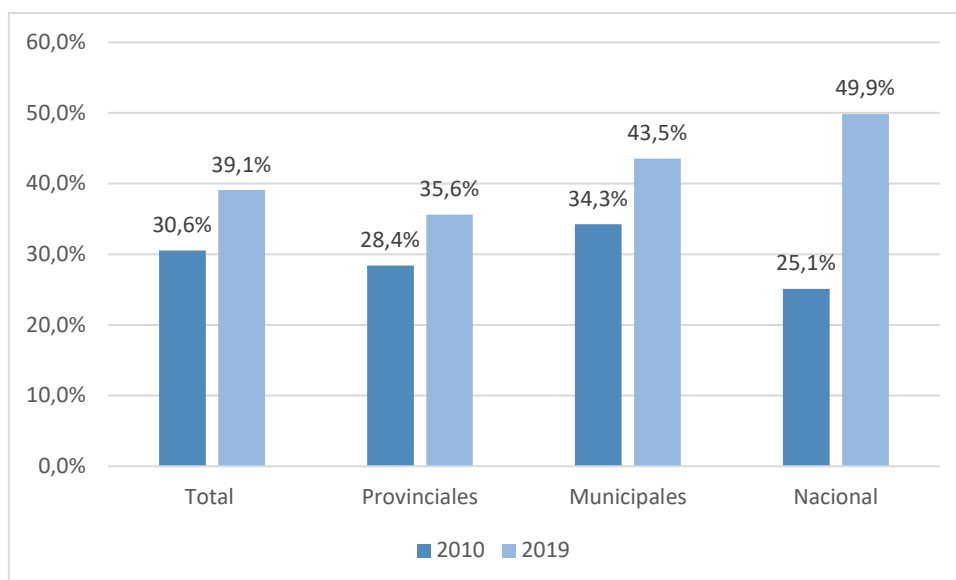


Tabla 2. Provincia de Buenos Aires. Partos y cesáreas con su porcentaje en el subsector Oficial de Salud, sólo en partidos con efector del parto de administración Provincial, sin efectores Municipales. Años 2010-2019.

	En Efector Provincial		
	Partos	Cesárea	%
2010	58,613	17,138	29.2%
2019	50810	18524	36.5%
Diferencia	-7,803	1,386	7.2%

Al considerar los partidos donde los nacimientos se pueden realizar tanto en efectores provinciales como municipales la tasa de cesárea global es menor a la provincial por 5.1% en 2010 y 4.8% en 2019, vale decir la diferencia no llega a medio punto.

Tabla 3. Provincia de Buenos Aires. Partos y cesáreas con su porcentaje en el subsector Oficial de Salud, sólo en partidos con efector del parto de administración Municipal, sin efectores Provinciales. Años 2010-2019.

	En Efector Municipal		
	Partos	Cesárea	%
2010	43,657	16,316	37.4%
2019	33420	15789	47.2%
Diferencia	-10,237	-527	5.1%

. Si bien los municipios con solo efectores provinciales mostraron un 8.1% menos de cesárea el año 2010 que los municipios con solo efectores municipales y ésta distancia se incrementó en 2019 (10.8% por debajo) la diferencia dentro de cada grupo al comparar el inicio y fin del decenio es inversa: aumentaron más la tasa de cesárea los hospitales

provinciales (29.2% a 36.5%) que los municipales en sí mismos: 7.2% en los municipios con sólo efectores provinciales frente al 5.1% de los municipios con sólo efectores municipales

Tabla 4. Provincia de Buenos Aires. Partos y cesáreas con su porcentaje en el subsector Oficial de Salud, sólo en partidos con efectores del parto de administración Provincial y también Municipal, Años 2010-2019.

	Total			En efector Provincial			En efector Municipal		
	Partos	Cesárea	%	Partos	Cesárea	%	Partos	Cesárea	%
2010	39,277	9,992	25.4%	27,627	7,355	26.6%	11,650	2,637	22.6%
2019	30606	10498	34.3%	14680	4797	32.7%	15926	5701	35.8%
Diferencia	-8,671	506	8.9%	-12,947	-2,558	6.1%	4,276	3,064	13.2%

Asimismo, la tasa de cesárea en estos hospitales provinciales o en los municipales es menor que la que se verifica en los partidos con sólo un tipo de administración hospitalaria. Por otra parte, y en contraposición, los aumentos en la tasa de cesárea entre 2010 y 2019 en los municipios con ambas administraciones muestran las mayores diferencias en términos puntuales: subió un 13.2% en los hospitales municipales, en tanto los efectores provinciales, con 6.1% de aumento entre ambos años, semejan los datos globales (de alrededor del 7.0% para efectores provinciales)

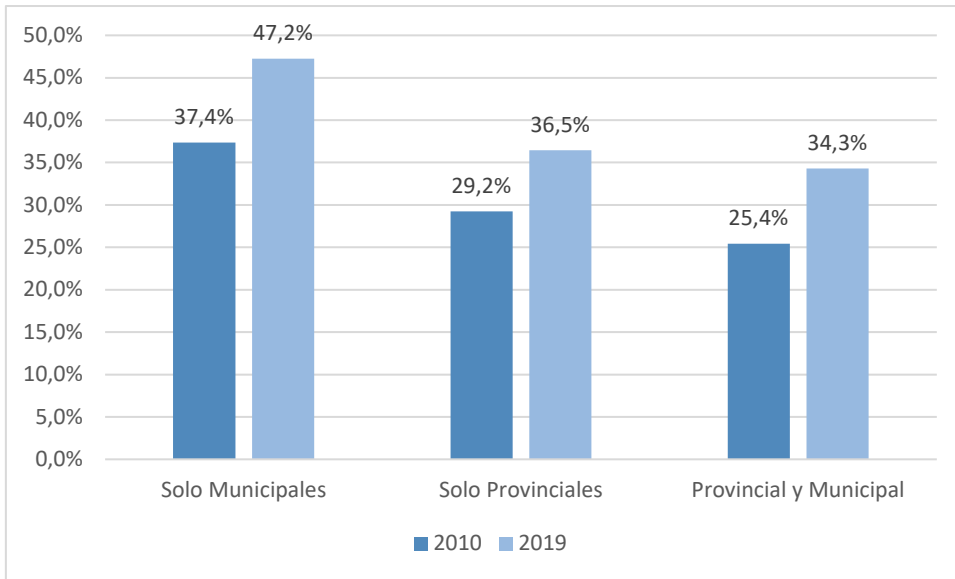
Tabla 5. Provincia de Buenos Aires. Nacimientos y cesáreas expresadas en diferencias porcentuales del año 2019 respecto del año 2010. Subsector público de salud.

	Total		En efector Provincial		En efector Municipal	
	Nacimientos	Cesáreas	Nacimientos	Cesáreas	Nacimientos	Cesáreas
Diferencias %	-20.3	1.9	-24.1	-4.8	-10.8	13.4

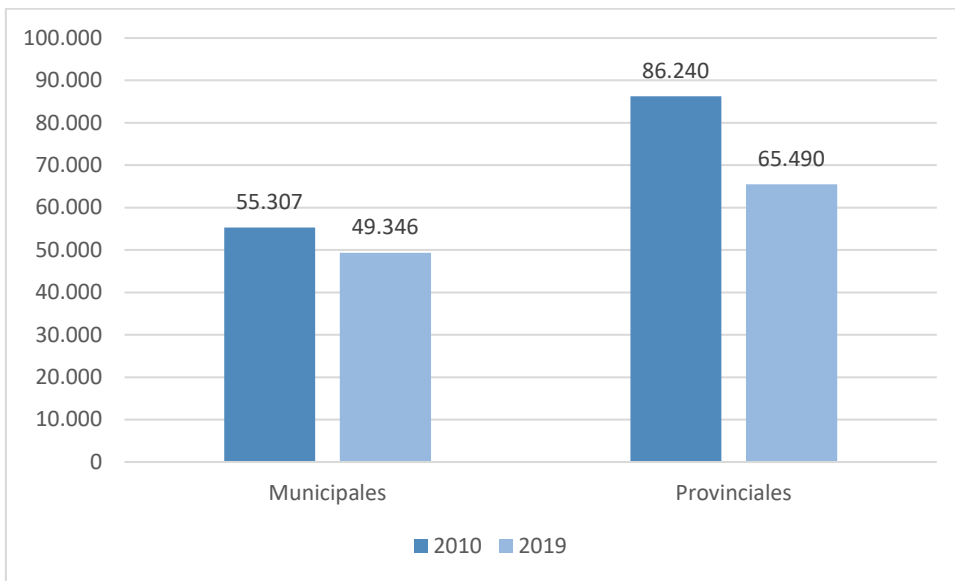
La terminación de los nacimientos en cesárea en números absolutos aumentó 1.9% para toda la provincia en la década 2010-2019 (844 casos), 13.3% en los efectores municipales (2537 casos) y disminuyó en los efectores provinciales 4.8% (1172 casos) .

Si se observan las diferencias entre el año 2019 y el año 2010 en relación a los nacimientos y las cesáreas en términos absolutos y luego se expresan en %, (Tabla 5) hubo una reducción del 20.3% de nacimientos en el subsector público de la Provincia, del 24.1% en los hospitales provinciales y del 10.8% en los municipales. En tanto, aún cuando la frecuencia de cesárea aumentó en todos los casos, en números absolutos de casos de cesárea, hubo un aumento del 1.9% en la provincia (45147 en 2019 versus 44303 en 2010, 844 cesáreas más) pero a expensas sobre todo de mayor número de cesáreas en los hospitales municipales, con un incremento de 13.4% (21490 en 2019 versus 18953 en 2010, 2537 cesáreas más).

Gráfica 2. Provincia de Buenos Aires. Tasa de cesárea en el subsector oficial de salud según partidos con hospitales sólo municipales, sólo provinciales o ambos.



.Gráfico 3. Provincia de Buenos Aires. Nacimientos en efectores de administración Provincial y Municipal. Subsector público de Salud.



El número de nacimientos ha ido en disminución en la Argentina y también en la Provincia de Buenos Aires en los últimos años, con 29451 nacidos vivos menos en 2019 que en 2010.

Partos y cesáreas en Entidades de Facturación FEMEBA

Para el caso de FEMEBA, se presentan los resultados por entidad primaria de facturación con el mismo criterio que el empleado más arriba: considerar las entidades agrupándolas según tengan efectores de administración provincial, municipal o ambos a la vez.

Tabla 6. Partos y cesáreas con su porcentaje según entidad primaria de Facturación. Años 2010-2019

	Total Entidades Primarias de Facturación		
	Partos	Cesárea	%
2010	11,389	7,629	67.0%
2019	9,224	6,921	75.0%
Diferencia	-2,165	-708	8.0%

En las entidades de facturación de FEMEBA – y siguiendo la misma línea argumental para el subsector público de salud – la tasa de cesárea aumentó un 8.0% en un decenio, muy cercana al dato global de los hospitales denominados del sector público (8.5%, $p < 0.01$ z: 12.5). Sin embargo, la diferencia se refleja en la tasa en sí misma, que parte del 67.0% en 2010 y llega al 75.0% en 2019, vale decir un 36.4% más elevada que la global provincial en 2010 y 35.9% en 2019, es decir, la distancia permanece casi inalterable.

Tabla 7. Partos y cesáreas con su porcentaje según entidad primaria de Facturación. Sólo en entidades cuyos partidos tienen en el subsector Oficial efectores de administración Provincial, sin efectores Municipales. Años 2010-2019.

	Entidades cuyos Partidos tienen solo efectores del S. Oficial de Salud Provincial		
	Partos	Cesárea	%
2010	4,294	2,941	68.5%
2019	3874	2870	74.1%
Diferencia	-420	-71	5.6%

Tabla 8. Partos y cesáreas con su porcentaje según entidad primaria de Facturación. Sólo en entidades cuyos partidos tienen en el subsector Oficial efectores de administración Municipal, sin efectores Provinciales. Años 2010-2019

	Entidades cuyos Partidos tienen solo efectores del S. Oficial de salud Municipal		
	Partos	Cesárea	%
2010	4844	3,245	67.0%
2019	3,823	2886	75.5%
Diferencia	-1,021	-359	8.5%

Desagregando las entidades primarias en aquellas que sólo tienen efectores en el subsector oficial de salud de administración provincial o municipal – o ambas a la vez – se pueden observar diferencias relativas. La tasa de cesárea aumento 5.6% en las entidades con efectores provinciales exclusivamente ($p < 0.05$, z: 5.6) y 8.5% en los municipales ($p < 0.01$, z: 8.6), una diferencia de 3 puntos entre ambas

Tabla 9. Partos y cesáreas con su porcentaje según entidad primaria de Facturación, sólo en entidades cuyos partidos tienen en el subsector Oficial efectores de administración Provincial y también Municipal, Años 2010-2019.

	Entidades cuyos Partidos tienen efectores del S. Oficial de salud Provincial y también Municipal		
	Partos	Cesárea	%
2010	2,251	1,443	64.1%
2019	1527	1165	76.3%
Diferencia	-724	-278	12.2%

Las tasa de cesáreas entre las entidades primarias de facturación, sea en municipios con efectores solo provinciales o solo municipales no muestran diferencias importantes: 74.1% versus 75.5% respectivamente. Si seleccionamos las entidades que cuentan con ambos tipos de administraciones del sector público, la tasa de cesárea es apenas 1 punto más elevada: 76.3% (versus los 74.1% con efectores provinciales o 75.5% municipales) empero, la diferencia entre ambos años de la década es en este caso del 12.2%, más elevada que en los casos de comparación (5.6% en las entidades con efectores solo provinciales y 8.5% en entidades con efectores solo municipales). El número absoluto de cesáreas disminuyó un 9.2%, 2.4 % en entidades primarias con efectores públicos solo provinciales y 11.0% en entidades primarias con efectores municipales exclusivamente.

Gráfica 4. Tasa de cesárea en las entidades primarias de facturación de FEMEBA, global y según los partidos de pertenencia cuentan con hospitales sólo municipales, sólo provinciales o ambos

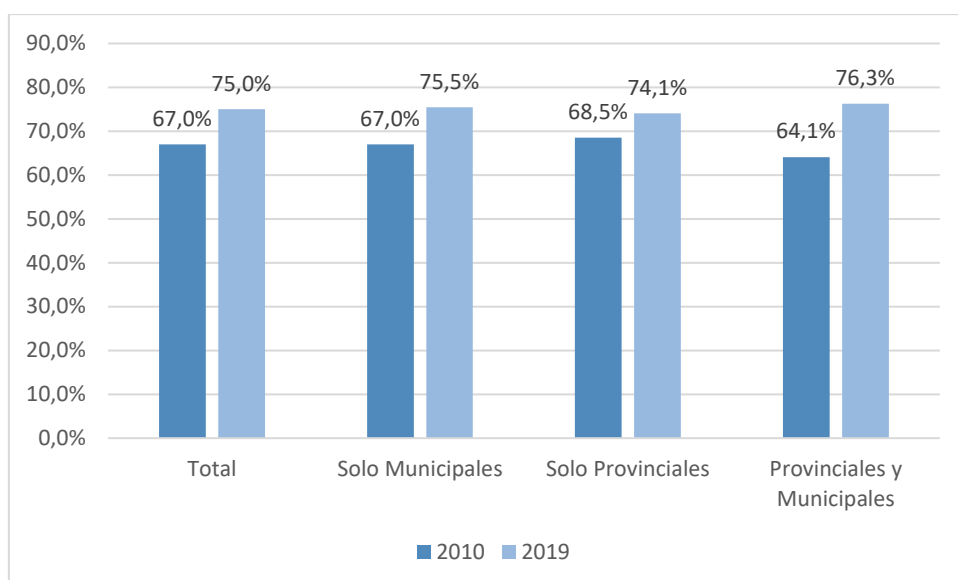
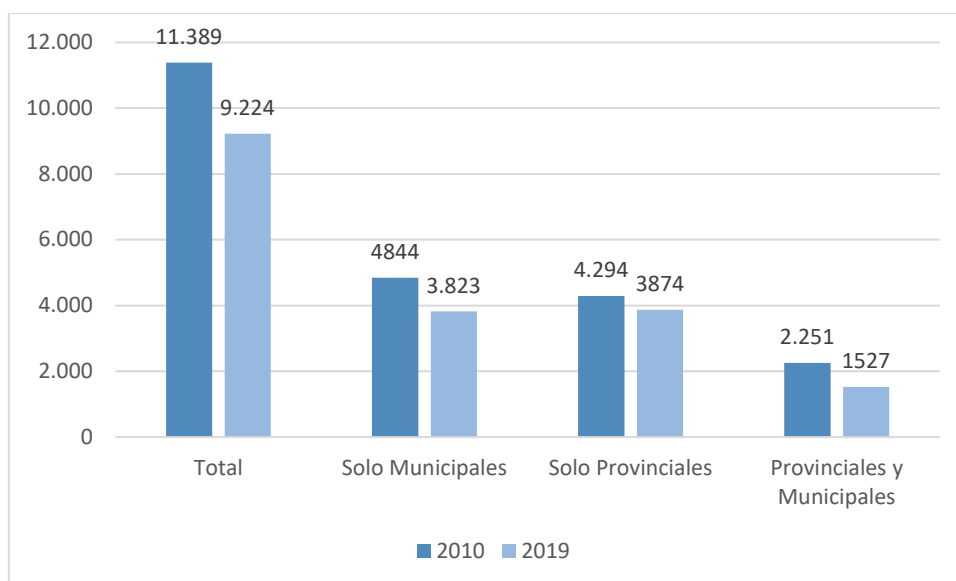


Tabla 10. FEMEBA, entidades primarias de facturación. Nacimientos y cesáreas expresadas en diferencias porcentuales del año 2019 respecto del año 2010.

	Total		En efector Provincial		En efector Municipal	
	Nacimientos	Cesáreas	Nacimientos	Cesáreas	Nacimientos	Cesáreas
Diferencias %	-19.0	-9.3	-9.8	-2.4	-21.1	-11.1

Así como en el análisis del subsector público de salud, para las entidades de facturación de FEMEBA se observa un menor número de nacimientos, del 19.0% entre años 2010 y 2019 (2165 nacimientos menos), muy cerca del global provincial, del 9.8% en las entidades con sólo efectores provinciales en el subsector público de salud y del 21.0% en entidades con sólo efectores municipales. Vale decir, disminución porcentual similar a la registrada en el subsector público de salud, excepto en las entidades dónde el mismo solo cuenta con hospitales municipales, superando en dos veces esta diferencia. El número absoluto de cesáreas en tanto se redujo un 9.3% sobre todo a expensas de las entidades donde hay exclusivamente hospitales municipales (con 359 cesáreas menos).

Gráfica 5. Nacimientos en Entidades de facturación FEMEBA según administración hospitalaria de los municipios de pertenencia en el subsector oficial de salud.



CONCLUSION

El documento presenta datos de tasas de cesáreas según lo que registra el sector público y según lo que registran las prácticas del parto por parte de prestadores de Femeba. Luego se realiza una categorización administrativa de los prestadores del municipio, se muestran las mismas para ambos sectores (hospitales provinciales y hospitales municipales). Cabe en este punto aclarar que además de financiar los honorarios de los profesionales que atienden los nacimientos en el sector privado, Femeba financia aquellos correspondientes a los profesionales que realizan esas prácticas en los

hospitales municipales. Aunque no se da en todos los municipios, los datos públicos municipales contienen en su interior las prácticas obstétricas facturadas a Femeba. Como se expresa en un apartado a continuación, los datos secundarios que fueron utilizados en la investigación no poseen una discriminación por tipo de efector (público municipal o privado) de aquello financiado por Femeba

En síntesis, los resultados reflejan:

a) Las tasas de cesáreas entre períodos de comparación aumentaron en ambos sectores (Femeba y Público)

b) Las tasas de cesáreas registradas por las entidades de facturación de los profesionales de Femeba resultaron superiores a las del sector público y esa tendencia se mantuvo.

c) Si se tienen en cuenta solo el universo de entidades primarias (municipios o partidos) que facturan a Femeba, los partidos que solo tienen un efector municipal reflejan un mayor incremento de la tasa de cesárea (8,5%) que los que solo contienen un efector provincial (5,6%).

d) A diferencia de los anteriores, si consideramos el universo total de efectores públicos (Femeba y No Femeba) en los partidos que tienen solo un tipo de administración del efector público, el crecimiento en el decenio 2010 – 2019 fue mayor en los hospitales provinciales (7,2%) que en los municipales (5,1%).

e) En el universo total de efectores públicos (Femeba y no Femeba), en los partidos que poseen tanto hospitales municipales como provinciales, aunque la tasa de cesáreas es menor, el incremento fue mayor (8,9%) que en aquellos que poseen solo un efector tipo de efector. Sin embargo, en estos municipios, esto se hace a expensas del doble de cesárea en los efectores municipales (13.2%) que los provinciales (6.1%)

f) Lo mismo sucede con el universo de Entidades Primarias de Femeba

DISCUSION

Los resultados plantean una cuestión fundamental: el aumento de los nacimientos por vía quirúrgica en la Provincia de Buenos Aires, de manera sostenida, y que no guarda relación con el tipo de administración hospitalaria. Aun cuando las tasas sean diferentes en ese sentido, las tendencias son las mismas. Los hospitales de menor nivel de complejidad, esto es de administración municipal, presentan mayores tasas de cesárea que los provinciales.

En términos de regionalización de la atención perinatal, a través del cumplimiento de las condiciones obstétrico-neonatales esenciales o CONEs, hay que considerar que no todos los nacimientos ocurren en los niveles de complejidad que se plantean en la Estrategia Nacional de reducción de la mortalidad materna y perinatal y que aún hay pendientes algunas cuestiones en ese sentido y esto podría estar en parte influyendo en que allí encontremos mayores tasas de cesárea. El aumento de la tasa de cesárea en los nacimientos facturados fue de 5.6% entre 2010-2019, pero con tres puntos más en las entidades que solo cuentan en el ámbito oficial con hospitales municipales.

Cuando consideramos las tasas de cesárea con el mismo criterio clasificatorio de tipo de administración para los nacimientos respecto de las prestaciones de FEMEBA la

tendencia es la misma, solo que la incidencia es mucho mayor. Claramente, para hacer un análisis con mejor aproximación, deberíamos contar con los datos de cada nacimiento ocurrido en FEMEBA y las características del prestador, vale decir, del lugar donde se produjo el nacimiento. Esto sería considerar las clínicas, sanatorios, hospitales públicos, etc. donde las cesáreas también deberían condicionar el resultado del tipo de parto. Esta limitación de los resultados queda claramente expuesta aquí, por lo que solo hemos podido mostrar bajo un mismo criterio clasificatorio, que ocurrió en cada municipio según su estructura hospitalaria oficial.

Las tasas de natalidad están disminuyendo a lo largo de los años en el país y también en la provincia de Buenos Aires, pero esto se acompaña de mayores intervenciones en cuanto al tipo de parto. La cesárea ocupa cada vez más un lugar de frecuencia relativa en todos los niveles de atención.

En el año 2013, FEMEBA realizó un estudio cuali-cuantitativo sobre el incremento de cesárea y sus posibles condicionantes. El estudio mostró que en principio hay varias dimensiones a considerar (9). Entre ellas, la económica, la familiar y psicosocial, la clínico quirúrgica, los recursos del sistema de salud y la judicial.

La discrepancia que existe entre los niveles de cesáreas que la comunidad académica internacional recomienda y lo que ocurre en todas las regiones del globo, también en la provincia de Buenos Aires, nos obliga a pensar en que el incremento en la práctica de cesáreas está asociado a condicionantes que no son exclusivamente los médicos y quirúrgicos. Si esto fuera así, la tasa de cesárea ideal en un país sería aquella que la sociedad pueda lograr a partir de acciones que, al mitigar o promover los efectos de aquellos factores del contexto de la práctica médica relacionada con el nacimiento, conduzcan a la menor tasa de morbilidad y mortalidad materna y neonatal posible. Entendemos que no será posible modificar la tendencia del incremento de la práctica de la cesárea llevando adelante estrategias aisladas (9).

La sinergia entre múltiples intervenciones que operen sobre las diferentes aristas del fenómeno ofrecerá mejores resultados. Diseñar un sistema normatizado de referencia a servicios capacitados para atender emergencias obstétricas, diseñar y difundir protocolos o guías de atención del embarazo normal y de riesgo, reconocer legal y económicamente el trabajo de las obstétricas, generar un sistema de incentivos para que tanto los obstetras como los anestesiólogos se dispongan a acompañar el trabajo de parto, identificar y actuar sobre los diversos condicionantes de la judicialización de las prácticas del nacimiento, diseñar estrategias de información y concientización sobre las ventajas y los riesgos de las diferentes formas de nacimiento y asegurar una adecuada preparación de las madres para atravesar la experiencia del parto, son algunas de las estrategias que pueden contribuir a mitigar los efectos de este fenómeno (9).

REFERENCIAS

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7
2. Betran AP, et al. *BMJ Global Health* 2021;6:e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671
3. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network.

2015

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

4. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
5. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
6. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015 Aug 24 (Epub ahead of print). 20
7. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39)
8. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.
9. Fundación FEMEBA. Incremento de cesáreas en la Provincia de Buenos Aires, posibles condicionantes. Editorial FEMEBA, La Plata, 2013