

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
FACULTAD DE MEDICINA



**RELACIÓN ENTRE LA COMPLEJIDAD
HOSPITALARIA Y LA FRECUENCIA DE LA
OPERACIÓN CESÁREA EN LAS
MATERNIDADES PÚBLICAS DE LA
PROVINCIA DE CORRIENTES DURANTE
EL PERIODO 2015-2019**

Trabajo de investigación que presenta

MABEL ITATI RIVERO

para la obtención del Grado de
Doctor de la Universidad Nacional del Nordeste en Medicina

Bajo la dirección de la doctora
Ofelia Lidia Zibelman

Corrientes, Argentina
2022

Agradezco

A María Teresa “Marité” Villalba, por sus múltiples palabras de aliento durante cada una de las etapas del desarrollo de esta tesis y especialmente por su inmensa amistad.

A Eduardo Perna, mi compañero y maestro en el campo de la investigación, por brindarme siempre su precioso tiempo.

A la Dra. Rosana Gerometta, por su generosa orientación y valiosos aportes.

A las Directoras de Planificación y Estadísticas de Salud, Tec. Rosa Solis de Duprat, y de Salud Materno Infanto Juvenil, Nora Ropelato, por la amabilidad en facilitarme el acceso a los informes del Ministerio de Salud Pública.

A la Mgter. Elba Mirta Morales, por su colaboración con los datos de los Hospitales: “José R. Vidal” y “Eloísa Torrent de Vidal”. Asimismo, mi enorme gratitud a Alejandra Jereb y Florencia Graziosetti, por su dedicación y ayuda en la recolección de la información del Hospital “Ángela I. de Llano”.

Finalmente, a la Directora de esta tesis, Dra. Ofelia Zibelman por la revisión minuciosa de este trabajo, por sus sugerencias y por respetar mis ideas y manifestarme su confianza.

Dedico esta tesis a dos personas que admiro cada día un poco más, **Samanta y Matías**, que me muestran y me enseñan con su existir, esa perspectiva sin mandatos, desprejuiciada, creativa y liberada de la vida.

Ella y el, completan y ayudan a entender y aceptar la finitud de esta existencia, porque siento, como la gran mayoría de las madres y los padres, que traspasamos el tiempo a través de ellos, los hijos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CAPITULO I: Antecedentes.....	11
1.1. Descripción de la Problemática:	11
1.1.1.Estado actual de la Operación Cesárea en el Mundo, Latinoamérica y Argentina	11
1.1.2.Estado actual en la Provincia de Corrientes	18
1.2. Formulación del Problema	21
1.3. Marco Teórico.....	21
1.3.1.Cesárea	21
1.4. Fundamentación	31
1.4.1.Tasa de Cesáreas en las Maternidades de la Provincia de Corrientes	31
1.4.2.Complicaciones	31
1.5. Objetivo General.....	33
1.6. Objetivos Específicos.....	33
1.7. Hipótesis	33
2. CAPITULO II: Planteamiento metodológico	34
2.1. Tipo de Investigación.....	34
2.2. Diseño Metodológico.....	34
2.3. Población.....	34
2.4. Unidad de Análisis y de Observación	35
2.4.1.Criterios de Inclusión	36
2.4.2.Criterios de Exclusión	36
2.5. Variables	36
2.5.1.Tipos de Variables y Definiciones	36
2.5.2.Operacionalización de las Variables	39
2.6. Fuentes de Datos e Instrumentos de Recolección.	40
2.6.1.Confiabilidad y Validez de los Instrumentos de Recolección.....	40
2.7. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	40
2.8. Sistema de Citas y Referencias Utilizadas.....	40
2.9. Estado del Arte.....	40
3. CAPITULO III: Resultados y Discusión	42
3.1. Resultados	42
3.1.1.Indicadores de Hospitalización:	42
3.1.2.Evolución de la Proporción de Cesárea en la Provincia de Corrientes 2015-2019	42
3.1.3.Proporción de Cesárea por Complejidad 2015-2019	47
3.1.4.Correlación entre Complejidad y Proporción de Cesáreas 2015-2019	49
3.1.5.Causas de Cesáreas 2015-2019	50

3.1.6. Recursos humanos 2015-2019	55
3.2. Interpretación y Discusión	56
3.2.1. Indicadores de Salud del Contexto.....	56
3.2.2. Frecuencia de Cesárea y Complejidad de la Institución.....	58
3.2.3. Causas de Cesárea	60
3.2.4. Causas de Cesárea de Alto Riesgo	63
3.2.5. Recursos Humanos.....	64
3.2.6. Limitaciones	68
3.2.7. Implicancias Epidemiológicas.....	68
4. CAPITULO IV: Conclusiones y Recomendaciones	69
4.1. Conclusiones	69
4.2. Recomendaciones e Intervenciones Propuestas	69
4.2.1. Intervenciones Propuestas	70
5. REFERENCIAS.....	72
6. ANEXOS	83
6.1. Permisos y Acuerdo de Confidencialidad.....	83
6.2. Mapa Regional	88
6.3. Ley 5599/2004: Categorización de los Establecimientos de Salud.....	88
6.4. Decreto N° 2028/2002: Regionalización Sanitaria.....	89
6.5. Ley de Parto Humanizado	90
6.6. Tablas y Figuras adicionales.....	96

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	15
Tabla 2	25
Tabla 3	25
Tabla 4	43
Tabla 5	43
Tabla 6	44
Tabla 7	44
Tabla 8	45
Tabla 9	46
Tabla 10	48
Tabla 11	48
Tabla 12	48
Tabla 13	55

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	13
Figura 2	14
Figura 3	16
Figura 4	17
Figura 5	19
Figura 6	20
Figura 7	38
Figura 8	42
Figura 9	47
Figura 12	51
Figura 14	52
Figura 15	53
Figura 16	54
Figura 17	54

Resumen

La tasa ideal de cesárea según los expertos en salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe oscilar entre 10% y 15%. No obstante, el parto por cesárea es cada vez más frecuente en países industrializados, así como en vías de desarrollo, y varía ampliamente según cada institución, su complejidad y la población obstétrica que estas atienden. Existen diferentes percepciones de los beneficios y riesgos que conlleva esta cirugía. Sin embargo, el aumento de la cesárea no está asociado con ningún beneficio claro para el neonato o la madre y está vinculada con aumento de la morbilidad para ambos.

La cesárea se incrementó también en América Latina, en Argentina y en la provincia de Corrientes: la frecuencia varía según las diferentes instituciones de salud, alcanzando hoy, hasta un 40 a 50% en el sistema público. Los embarazos de alto riesgo causarían que la tasa sea mayor en las maternidades con mayor complejidad; mientras que otros factores involucrados tienen que ver con la medicina defensiva y la cesárea electiva solicitada por la gestante. El objetivo de este proyecto fue determinar la frecuencia de cesárea en las maternidades públicas de la provincia de Corrientes y su relación con la complejidad de la institución, clasificada como II, IIIA y IIIB, durante el período 2015-2019. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, de correlación en todas las instituciones públicas que realizan este tipo de procedimiento.

Se incluyeron 13 instituciones de salud pública, que atienden partos por vía vaginal y abdominal, de las 5 regiones sanitarias de la provincia: 1 hospital central, 5 regionales y 7 de cabecera, que reunían el 58% (263.320 de 451.680) de todos los egresos y el 97% (65.034 de 67.102) de los nacimientos de todo el sistema público, siendo relación de nacimientos sobre egresos totales del 25%. En ese período los nacimientos pasaron de 13.932 con 5.445 cesáreas (39,1%) en 2015 a 12.876, con 5.490 cesáreas (42,6%) en 2019. Según la proporción de cesáreas durante el quinquenio, las maternidades se clasificaron en cuatro grupos de menor a mayor: 1) Grupo con la tasa más baja, de 25% hasta la tasa media nacional, de 34,9% (Hospital Llano, Paso de los Libres y Monte Caseros) 2) Grupo con tasa intermedia, desde la tasa media nacional de 35% hasta la tasa media provincial de 41,9% (Goya, Mercedes y Vidal), 3) Grupo con tasa alta, desde la media provincial de 42% hasta 49,9% (Curuzú, Esquina y Saladas) y 4) Grupo de tasa muy alta de 50% a 62% (Bella Vista, Ituzaingó, Virasoro y Santo Tomé). La proporción de cesáreas por niveles de complejidad varió del 2015 al 2019, en el nivel II, de 47% a 50%, en el nivel IIIA, de 26% a 33% y en el nivel IIIB de 45% a 41%. La correlación entre la proporción de cesáreas y los tres niveles de complejidad por cada año, desde el 2015 a 2019, mostró una tendencia a la relación inversa con mayor proporción de cesáreas en niveles de menor complejidad, más marcada en el año 2019.

Durante el período 2015-2019, en la maternidad de nivel II del hospital “San Juan Bautista” de Santo Tomé, las indicaciones más frecuentes fueron la cesárea previa, la desproporción feto-pélvica (DFP), la falta de descenso y la negativa al trabajo de parto (TP). Las causas por riesgo materno-fetal constituyeron

el 10,8%, de las cuales 5,7% fueron por patologías maternas, como la preeclampsia-eclampsia (PEE), desprendimiento de placenta normo inserta (DPNI) y otras; 5,1% fueron por causas fetales como alteraciones en la salud fetal y restricción del crecimiento intrauterino. En la maternidad de nivel IIIA del Hospital “Angela I. de Llano” las indicaciones más frecuentes fueron la cesárea previa, el monitoreo fetal alterado, la presentación podálica y la falta de descenso. El total de las cesáreas por gestación de alto riesgo conformaron 22,3%, de las cuales, las causas por alteración de la salud fetal fueron 14,5%; incluyendo monitoreo fetal alterado, RCIU y procidencia de cordón, y las causas de riesgo materno fueron 7,8%; incluyendo DPNI, PEE, VIH, placenta previa, rotura uterina (RU), colestasis, cardiopatías y retinopatía. En la maternidad de nivel IIIB del hospital “José R. Vidal” durante 2015 y 2016 y del Materno Neonatal “Eloísa Torrent de Vidal” durante 2017, 2018 y 2019, las indicaciones más frecuentes fueron la cesárea previa, el monitoreo fetal alterado, la negativa al TP y la presentación podálica. Las causas de riesgo materno-fetal constituyeron el 22,2%, de las cuales las causas por alteración de la salud fetal fueron 13,3%; incluyendo monitoreo fetal alterado y RCIU y las causas de riesgo materno fueron 8,9%; incluyendo PEE, DPNI, placenta previa, VIH, y otras. Todas las maternidades contaban con médico generalista, cirujano, obstetra y anestesista; las 2 maternidades de ciudad de Corrientes tuvieron residentes de tocoginecología en forma regular mientras la de Goya no los tuvo en forma constante en todo el quinquenio. Las obstétricas sólo formaban parte del equipo en 3 hospitales (Angela I. de Llano, Goya y Paso de los Libres) y solamente, el hospital “Angela I. de Llano” poseía residencia de obstétricas durante el período 2015-2019.

Se concluyó que la correlación entre los 3 niveles de complejidad hospitalaria y la proporción de cesárea no fue significativa, aunque se observó una tendencia a la relación inversa a menor complejidad mayor proporción de cesáreas. Durante el quinquenio 2015-2019, en las 13 instituciones públicas de la provincia de Corrientes cuatro de cada diez nacimientos culminaron en cesárea, con un incremento progresivo durante el periodo evaluado. La causa más frecuente en los tres niveles de atención fue la cesárea previa, y las alteraciones de la salud fetal fue la segunda causa en las dos maternidades de nivel III. Los factores relacionados al riesgo materno y fetal representaron el 10% en el nivel II y el 22% en el nivel III. Los recursos humanos fueron similares en todas las instituciones con excepción de participación de las obstétricas en 3 hospitales y de residencia de obstétricas en sólo una.

Abstract

The ideal caesarean section rate according to reproductive health experts from the World Health Organization (WHO) should range between 10% and 15%. However, cesarean delivery is becoming more common in industrialized and developing countries, and varies widely according to each institution, its complexity and the obstetric population they serve. There are different perceptions of the benefits and risks of this surgery. However, increased caesarean section is not associated with any clear benefit to the infant or mother and is linked to increased morbidity for both.

Cesarean section also increased in Latin America, in Argentina and in the province of Corrientes: the frequency varies according to the different health institutions, reaching today, up to 40 to 50% in the public system. High-risk pregnancies would cause the rate to be higher in more complex maternities; whereas other factors involved are related to defensive medicine and the elective cesarean section requested by the pregnant woman. The objective of this project was to determine the frequency of cesarean sections in maternity from public hospitals in the province of Corrientes and its relationship with the complexity of the institution, classified as II, IIIA and IIIB, during the period 2015-2019. A quantitative, observational, correlation study was carried out in all public institutions that perform this type of procedure.

Thirteen public health institutions were included, which attend vaginal and abdominal deliveries, from the 5 health regions of the province: 1 central hospital, 5 regional and 7 head hospitals, which accounted for 58% (263,320 of 451,680) of all the hospital discharges and 97% (65,034 of 67,102) of births in the entire public system, with a ratio of births to total discharges of 25%. In this period, births varied from 13,932 with 5,445 caesarean sections (39.1%) in 2015 to 12,876, with 5,490 caesarean sections (42.6%) in 2019. According to the proportion of caesarean sections during the five-year period, the maternities were classified into four groups from lowest to highest: 1) Group with the lowest rate, from 25% to the national average rate of 34.9% (Hospital Llano, Paso de los Libres and Monte Caseros) 2) Group with the intermediate rate, from the national average of 35% to the provincial average rate of 41.9% (Goya, Mercedes and Vidal), 3) Group with high rate, from the provincial average of 42% to 49.9% (Curuzú, Esquina and Saladas) and 4) Very high rate group from 50% to 62% (Bella Vista, Ituzaingó, Virasoro and Santo Tomé). The proportion of caesarean sections by level of complexity varied from 2015 to 2019, at level II, from 47% to 50%, at level IIIA, from 26% to 33%, and at level IIIB, from 45% to 41%. The correlation between the proportion of caesarean sections and the three levels of complexity for each year, from 2015 to 2019, showed an inverse trend with a higher proportion of caesarean sections in levels of less complexity, more marked in 2019.

During the 2015-2019 period, in the level II maternity hospital of the "San Juan Bautista" hospital in Santo Tomé, the most frequent indications were previous cesarean section, fetopelvic disproportion (FPD), lack of descent, and refusal of labor (L). The causes due to maternal-fetal risk represented 10.8%, of which 5.7% were due to maternal pathologies, such as preeclampsia-eclampsia (PEE), normoinserta placental abruption (NIPA) and others; 5.1% were due to fetal causes such as alterations in fetal health and intrauterine growth restriction (IUGR). In the level IIIA maternity of the "Angela I. de Llano" Hospital, the most frequent indications were previous cesarean section, altered fetal monitoring, breech presentation and lack of descent. The total number of caesarean sections for high-risk pregnancies made up 22.3%, of which the causes due to alterations in fetal health were 14.5%; including altered fetal monitoring, IUGR and cord proclintia, and maternal risk causes were 7.8%; including NIPA, PEE, HIV, placenta previa, ruptured uterus (UR), cholestasis, heart disease, and retinopathy. In the level IIIB

maternity of the "José R. Vidal" hospital during 2015 and 2016 and of the Materno Neonatal "Eloísa Torrent de Vidal" during 2017, 2018 and 2019, the most frequent indications were previous cesarean section, altered fetal monitoring, labor negative and breech presentation. The causes of maternal-fetal risk constituted 22.2%, of which the causes due to alterations in fetal health were 13.3%; including altered fetal monitoring and IUGR and the causes of maternal risk were 8.9%; including PEE, NIPA, placenta previa, HIV, and others. All maternity hospitals had general practitioner, surgeon, obstetrician and anesthesiologist, the 2 maternity hospitals in the city of Corrientes had obstetrics and gynecology residents on a regular basis, while the one in Goya did not have them constantly throughout the five-year period. Midwives were only part of the team in 3 hospitals (Angela I. de Llano, Goya and Paso de los Libres) and only the "Angela I. de Llano" hospital had an obstetric residency during the 2015-2019 period

Conclusions: the correlation between the 3 levels of hospital complexity and the proportion of caesarean sections was not significant, although a trend towards the inverse relationship was observed with less complexity and a higher proportion of caesarean sections. During the five-year period 2015-2019, in the 13 public institutions of the province of Corrientes, four out of ten births ended in cesarean section, with a progressive increase during the evaluated period. The most frequent cause in the three levels of care was previous cesarean section, and alterations in fetal health was the second cause in the two-level III maternity hospitals. Factors related to maternal and fetal risk represented 10% in level II and 22% in level III. Human resources were similar in all the institutions except for the participation of obstetricians in 3 hospitals and the obstetrical residency in only one.

1 CAPITULO I: Antecedentes

1.1 Descripción de la Problemática:

1.1.1 Estado actual de la Operación Cesárea en el Mundo, Latinoamérica y Argentina

El progresivo incremento de la operación cesárea es un problema sanitario relevante que se acentúa constantemente y es notable en todo el mundo donde existe amplia disponibilidad de esta intervención. A modo de ejemplo se cita que, a comienzos de la década de 1970, el porcentaje de cesárea en los países en desarrollo oscilaba alrededor del 5% y treinta años después, a fines de la década de 1990, había alcanzado un 50% en diversas regiones del mundo (Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2016, p. 1).

Al examinar los últimos años, el número de nacimientos por cesárea en el planeta prácticamente se duplicó en 15 años, pasando de 12% en el año 2000 a 21% en el año 2015, superando el 40% en 15 países, la mayoría de América Latina y el Caribe. Por otro lado, las diferencias en la frecuencia del uso entre las regiones fueron sorprendentes, con un máximo de 44,3% en América Latina y el Caribe y un mínimo de 4,1% en África Occidental y Central (Boerma et al., 2018).

Así también, durante el periodo 2000 a 2015, otras regiones aumentaron su tasa, como ser: América del Norte (24,3% a 32%), Europa Occidental (19,6% a 26,9%), Europa del Este y Asia Central (11,9% a 27,3%) y Asia Oriental y el Pacífico (13,8% a 28,8%) (Boerma et al., 2018, p. 1343).

Específicamente, la tasa de partos por cesárea en los Estados Unidos de América entre 1996 y 2018, según la edad materna, pasó de 15% a 20% en las madres menores de 20 años y de 30% a 48% en las madres de edades comprendidas entre 40 y 54 años (Statista Research Department, 2021).

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se realizan 850.000 cesáreas en Latinoamérica sin justificación (Vázquez Parra, 2016)” (Bernal-García y Campos, 2018, p. 29). Una investigación del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) estimó que una tasa ideal de cesáreas en relación con el número de partos debería rondar el 15% para la población en general. Vale aclarar que, las grandes maternidades, que reciben frecuentemente derivaciones de embarazo de alto riesgo, pueden presentar tasas aceptables que excedan en mucho dicho valor, ya que atienden situaciones de mayor complejidad (Argentina. Ministerio Salud de la Nación, 2015, p.3).

Aspectos particulares de algunos países de América Latina

México reportó 37,8% de cesáreas en el año 2006, donde las mayores tasas ocurrieron en las instituciones privadas y en las de seguridad social y se debieron principalmente al aumento del parto por cesárea electiva (Bernal-García y Campos, 2018, p. 29). Según un análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2000, 2006 y 2012, en México la cesárea se ha incrementado 50% en 12 años, con un aumento diferenciado entre los sectores público y privado, crecimiento que ha sido de 33% (de 30.6% a 40.9%) y 60% (de 43.4% a 69.6%), respectivamente. Las mujeres con 35 o más años tuvieron 61,0 % más probabilidad de ser intervenidas por cesárea, en comparación con el grupo de 20 a 34 años. La

edad menor de 20 años fue considerada como un factor protector para esta intervención (México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

Uruguay duplicó su tasa en los últimos 20 años, siendo de 44% en el año 2017, con 51% en el ámbito privado y 34% en el público. Las mujeres que se asistieron en el subsector privado presentaban mayor proporción de los siguientes factores de riesgo para cesárea comparadas con las del sector público, mayor edad, más años de educación, mayor porcentaje de casadas o concubinas, de nuliparidad y de diabetes, y también, menor participación de parteras en la atención del trabajo de parto y parto (9% en el sector privado vs 40% en el sector público). Además, el análisis de las cesáreas por lugar de atención del parto mostró que la tasa fue directamente proporcional al número total de nacimientos asistidos (Briozzo et al., 2019, p. 98).

Colombia mostró una clara tendencia al incremento de la cesárea pasando de 24,9% en 1998 hasta el 45,7% en el año 2013, a pesar de una disminución en el número total de nacimientos y de la tasa de natalidad. Se exhibe un gran contraste en la tasa de utilización de cesárea en las distintas regiones, siendo especialmente elevadas en la región del Caribe Colombiano, aunque en todas las zonas del país se encuentran valores por encima de las metas propuestas por la OMS (Rubio-Romero et al., 2014, p. 141).

Chile registró un aumento de las cesáreas que ha sido sostenido en las últimas décadas, desde 30% a 40,5% en el sistema público y de 60% a 76% en el privado, entre los años 2000 y 2015 (Aravena, 2015). (Carreño et al., 2018, p. 416).

Una investigación durante el año 2017, cuyo objetivo fue comparar la tasa de cesáreas en dos complejos asistenciales docentes, el “Hospital Clínico de la Universidad de Chile” (HCUCH) y el “Hospital Base San José de Osorno” (HBSJO), mostró que se atendieron 1.375 partos en el HCUCH y 1.818 en el HBSJO. Se encontró una amplia divergencia en la interrupción del embarazo por vía alta, la que alcanzó un 55,7% en el HCUCH, en contraste con un 35,7% en el HBSJO (Carreño y otros, 2018).

Para destacar, los países líderes mundiales en este tipo de nacimientos son República Dominicana, seguido por Brasil (Boerma, et al., 2018).

República Dominicana presentó el porcentaje de partos por vía cesárea de 58,8%, con marcada diferencia entre los ámbitos público y privado.

...los partos por cesárea se han convertido en una práctica habitual en los establecimientos de salud: Las cesáreas se realizaron en un 87% en el sector privado y un 46% en el público; siendo mayor entre las mujeres más educadas, en edades comprendidas entre 35 a 49 años o en el quintil más alto de riqueza y menos frecuente en mujeres con menor nivel de instrucción con 6 o más nacimientos o las del menor quintil de riqueza (ENDESA, 2013). (República Dominicana. Ministerio de salud Pública, 2020, p. 11)

Brasil cuantificó 14.708.606 nacimientos ocurridos entre los años 2014 y 2018 con una prevalencia de cesárea de 56% (Fernández do Prado et al., 2021). Según Paris et al., “este hecho puede ser explicado por el exceso de mujeres que desean una cesárea debido a las especulaciones negativas que existen alrededor del parto natural y que van desde el dolor hasta la estética corporal (2014)” (Fernández do Prado et al., 2021, p. 8).

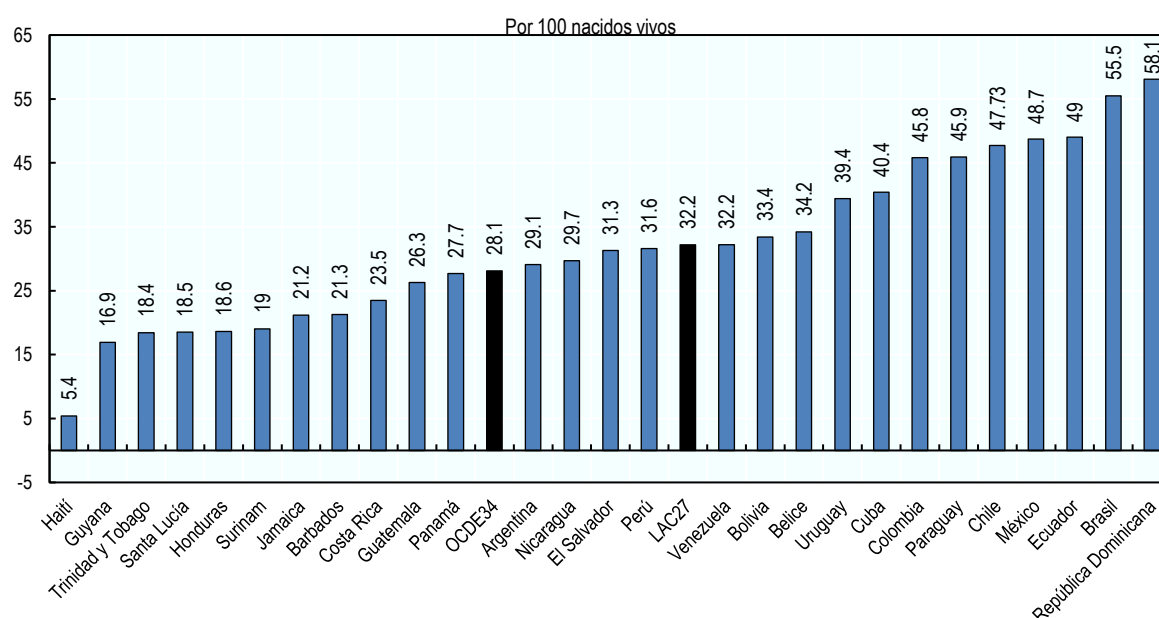
...la probabilidad de la cesárea es mayor cuando la madre pertenece a un estrato socioeconómico de ingresos medios y altos. En esta relación influyen múltiples factores, pero destacan los incentivos financieros, tanto para los proveedores directos del servicio como para los hospitales. También se debe considerar la preferencia que por razones de estatus o seguridad manifiestan las mujeres de las clases media y alta por este tipo de procedimiento (Ruiz-Sánchez et al., 2014, p. 37)

Los factores asociados en Brasil a una mayor prevalencia del parto por vía abdominal fueron la edad, la escolaridad de la madre y la mayor cantidad de consultas prenatales (Fernández do Prado et al., 2021).

En la figura N°1 se observa la tasa de cesárea en Latinoamérica y el Caribe correspondiente al año 2016 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2022).

Figura 1

Tasas de cesárea en 27 países de Latinoamérica y el Caribe, 2016 o último año disponible, en Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, París,



Fuente: biblioteca en línea de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Nota: OCDE34: promedio de 34 países de la OCDE. LAC27: promedio de 27 países de Latinoamérica. <https://doi.org/10.1787/575808f4-es>

Cesárea en Argentina

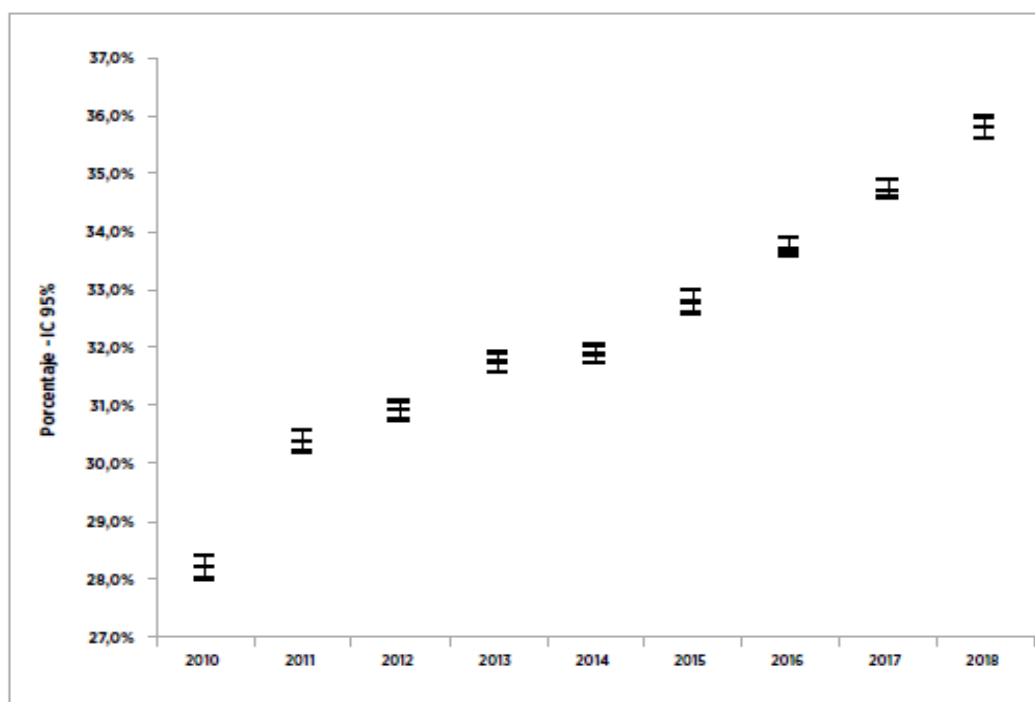
Argentina es un país federal y la provisión de salud es cubierta por tres subsectores: público, de seguridad social y privado. Las instituciones de salud del sector público pueden depender de la jurisdicción nacional, provincial o municipal. Prácticamente todos los nacimientos ocurren en instituciones de salud (99,3%) y el 64% de ellos dentro del sistema público. (Perrota et al., 2022)

Al explorar las vías de nacimiento en Argentina se advierte que la proporción de cesárea viene superando ampliamente los indicadores recomendados. Según el informe anual del Sistema Informático

Perinatal para la Gestión (SIP-G), la tasa de cesárea alcanzó el 35,7% durante el año 2018 y se evidencia la progresión de ésta durante el periodo 2010-2018 (Argentina, 2019). Figura N°2

Figura 2

Evolución de la tasa de cesárea, porcentaje e intervalos de confianza del 95%. Total país. República Argentina. Años 2010-2018.



Fuente: indicadores básicos del SIP 2018. Argentina. SIP-G, 2019.

Estos datos muestran un incremento del 5 % con respecto a la tasa del 2016, donde en ámbitos públicos las cifras oscilaban alrededor del 30%.

El informe del SIP 2018 brinda la proporción de cesárea por cada jurisdicción como se muestra en la tabla N°1.

Cuando se indagan las tasas en Argentina y las causas que pueden explicarlas, particularmente, las más frecuentes y las que tienen que ver con indicaciones médicas por alto riesgo materno y fetal se encuentran algunas respuestas.

La investigación para identificar una proporción mínima y racional de cesáreas en entornos de escasos recursos (estudio de red global) que incluyó a la Argentina encontró que 35% de los nacimientos fueron por vía alta (3.467/9.901) y la cesárea previa representó el 36% (causa más frecuente) de las indicaciones, a pesar de que este estudio no lo consideraba como una causa que amenace la vida. Otros factores fueron la falta de progresión del trabajo de parto (23%), la preeclampsia-eclampsia (11%) y la cesárea por solicitud de la paciente, que alcanzó el 6% (Belizan et al., 2018).

Tabla 1*Nacimientos y tasa de cesárea por Jurisdicción. República Argentina. Año 2018*

JURISDICCION	Nº NACIMIENTOS	Nº CESAREAS	CESAREA %
Tasa de 27% a 34,9%			
Chaco	13.131	3.544	27,0
Salta	15.219	4.590	30,2
Jujuy	8.688	2.665	30,7
Santiago del Estero	10.673	3.436	32,2
Misiones	13.579	4.426	32,6
Neuquén	5.342	1.791	33,5
Buenos Aires	91.999	31.002	33,7
Mendoza	10.066	3.439	34,2
San Juan	6.309	2.171	34,4
CABA	21.559	7.461	34,6
Tasa de 35% a 40%			
Rio Negro	5.272	1.920	36,4
San Luis	3.241	1.208	37,3
Corrientes	10.380	3.886	37,4
Santa Fe	17.236	6.571	38,1
Entre Ríos	10.786	4.162	38,6
Tasa de 40,1% a 58,9			
La Rioja	1.806	725	40,1
Córdoba	18.702	7.728	41,3
Chubut	2.951	1.274	43,2
Tucumán	16.431	7.122	43,3
Santa Cruz	1.922	854	44,4
La Pampa	2.271	1.088	47,9
Catamarca	3.517	1.687	48,0
Formosa	6.317	3.089	48,9
Tierra del Fuego	828	488	58,9
Argentina	298.199	106.327	35,7

Fuente: modificada de indicadores básicos del SIP 2018. Argentina. SIP-G, 2019**Nota:** CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

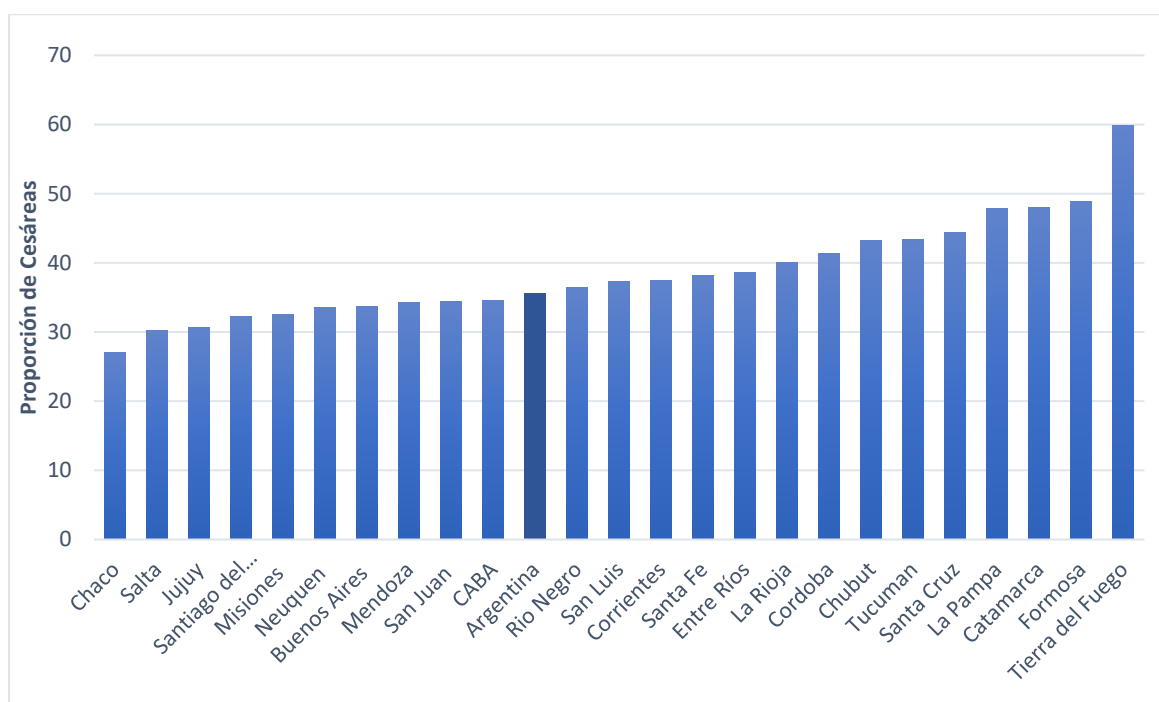
El incremento de la tasa de cesárea primaria en América Latina se ha relacionado a varios factores: aumento de la inducción del parto y su fracaso, disminución de partos instrumentales, aumento de la

macrosomía fetal, disminución del parto vaginal en presentación pélvica, mayor sospecha y utilización de pruebas de riesgo para la salud fetal, aumento de embarazos múltiples y enfermedades infecciosas emergentes (VIH, herpes, condilomatosis) (Mariani & Vain, 2019, p. 16).

Se efectuó un ordenamiento en 3 categorías según la proporción de parto abdominal como se observa en la figura N°3. Las jurisdicciones que ostentan tasas por debajo de la media nacional (35%) son 10: Chaco, Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Misiones, Neuquén, Buenos Aires, Mendoza, San Juan y Ciudad Autónoma de Bs. As. (CABA). Las provincias con tasas entre 35% y 40% son 5: Río Negro, San Luis, Corrientes, Santa fe y Entre Ríos. Por último, las jurisdicciones con tasas de más de 40% son 9: La Rioja, Córdoba, Chubut, Tucumán, Santa Cruz, La Pampa, Catamarca, Formosa y Tierra del Fuego.

Figura 3

Tasa de cesárea registrada en SIP por jurisdicción de ocurrencia del nacimiento. Total país. República Argentina. Año 2018

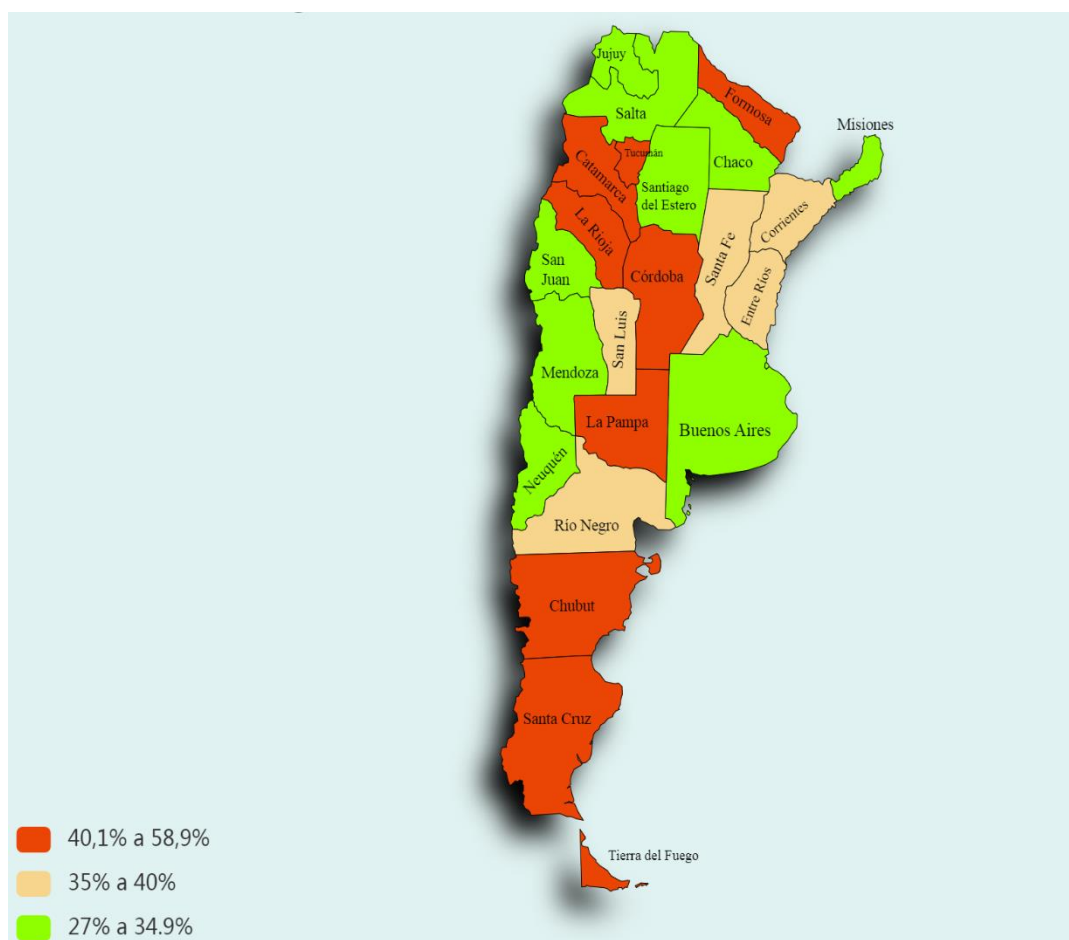


Fuente: elaboración propia con datos de los indicadores básicos, SIP 2018. Argentina. SIP-G, 2019

La extrapolación de las tasas jurisdiccionales al mapa de la Argentina mostró que las categorías de porcentaje de cesárea se dispersan en todas las regiones del territorio nacional, sin un patrón identificable. Figura N°4.

Figura 4

Tasa de cesárea del Sistema Público por jurisdicciones según categoría. República Argentina. Año 2018.



Fuente: elaboración propia con datos de los indicadores básicos del SIP 2018. Argentina. SIP-G, 2019

Varios estudios buscaron explicaciones no clínicas a las altas tasas de cesárea. Un estudio de 19 hospitales públicos de cinco regiones argentinas: región Norte (cuatro hospitales), Nordeste (dos hospitales), Centro (siete hospitales) y Ciudad Capital (seis hospitales) se propuso explorar las percepciones de obstetras, parteras y practicantes sobre los determinantes de la cesárea en el contexto de la prestación de servicios públicos de atención obstétrica en Argentina (Perrotta et al., 2022).

“Todos los hospitales excepto uno, tenían acceso limitado al manejo del dolor durante el parto, provisión insuficiente de educación prenatal y compañía restringida durante la cesárea” (Perrotta et al., 2022, p. 4).

Un estudio realizado en cinco hospitales públicos en Argentina incluyó a 621 mujeres que fueron entrevistadas después del parto durante 2019. En todas las instituciones prefirieron la vía vaginal, 90% en tres y 67% en dos hospitales. Las razones de la preferencia por la vía vaginal fueron una recuperación

más rápida y la razón más frecuente para preferir una cesárea fue la de evitar el dolor de parto y las desventajas se centraron en el dolor postoperatorio, la falta de independencia durante el postparto y el tiempo prolongado en el hospital (Perrotta et al., 2021).

Otro estudio examinó las preferencias por el modo de parto de las mujeres embarazadas que dieron a luz en hospitales públicos y privados de CABA y sus alrededores, y comparó la tasa de cesárea de las mujeres que expresaron una preferencia por el parto vaginal en hospitales públicos y privados (Massoni et al., 2016).

A pesar de las bajas tasas de preferencia por la cesárea, 8% en el sector público y 6% en el sector privado, y la ausencia de factores de riesgo previos al trabajo de parto, más de 1/3 de las mujeres participantes tuvieron una cesárea. Además, entre las mujeres que expresaron predilección por el parto vaginal, las tasas de cesáreas fueron de 34 y 40% en hospitales públicos y privados, respectivamente (Massoni et al., 2016, p. 4).

Una encuesta a 277 mujeres que habían pasado o estaban atravesando una experiencia de embarazo y parto en el distrito noreste de la ciudad de Santa Fe, tuvo como objetivo identificar aspectos de la percepción que influyan en la elección respecto de las diferentes vías de parto, centrándose en la indagación de opiniones y pareceres de mujeres embarazadas o madres acerca de su representación en cuanto a tales vías (Espinoza et al., 2020).

Las mujeres entrevistadas estuvieron satisfechas con sus experiencias de parto, tanto por vía vaginal como por cesárea...sin embargo, se pudo notar una percepción más favorable respecto de la vía vaginal por parte de aquellas que además habían experimentado una cesárea. Al comparar la opinión de las mujeres que habían tenido sus hijos tanto por parto vaginal como por cesárea, se observó una tendencia a calificar en forma negativa la experiencia del parto por cesárea (Espinoza et al., 2020, p. 25)

Así también, Massoni et al., hallaron que las gestantes nulíparas sanas de 18 a 35 años de Buenos Aires tenían una baja propensión por la cesárea, datos similares a otros sitios de América Latina y que se mantiene estable en el tiempo (2016, p. 7).

Las intervenciones no clínicas para reducir la cesárea están fuertemente mediadas por las diferencias organizacionales y el compromiso de las partes interesadas. Las barreras pueden ser mayores donde los planes de implementación contradicen el sistema y las normas culturales (Kingdon et al., 2018).

Habría que definir si existen tasas de cesárea apropiadas para diferentes contextos, enfocándose en aquellas que logran los mejores resultados maternos y neonatales (Mariani & Vain, 2019).

Las razones por las que las mujeres jóvenes, sanas, nulíparas y sin complicaciones durante el embarazo, tuvieron una tasa de más del 35% de cesárea es poco probable que estén relacionadas con sus preferencias por el modo de parto (Massoni et al., 2016, p. 7).

1.1.2 Estado actual en la Provincia de Corrientes

La provincia de Corrientes está ubicada geográficamente al nordeste del país y forma parte de la región del Norte Grande Argentino. Desde 2018 la provincia cuenta con un total de 25 departamentos y 74 municipios, que se administran en forma autónoma. La Dirección de Estadísticas y Censos dio a

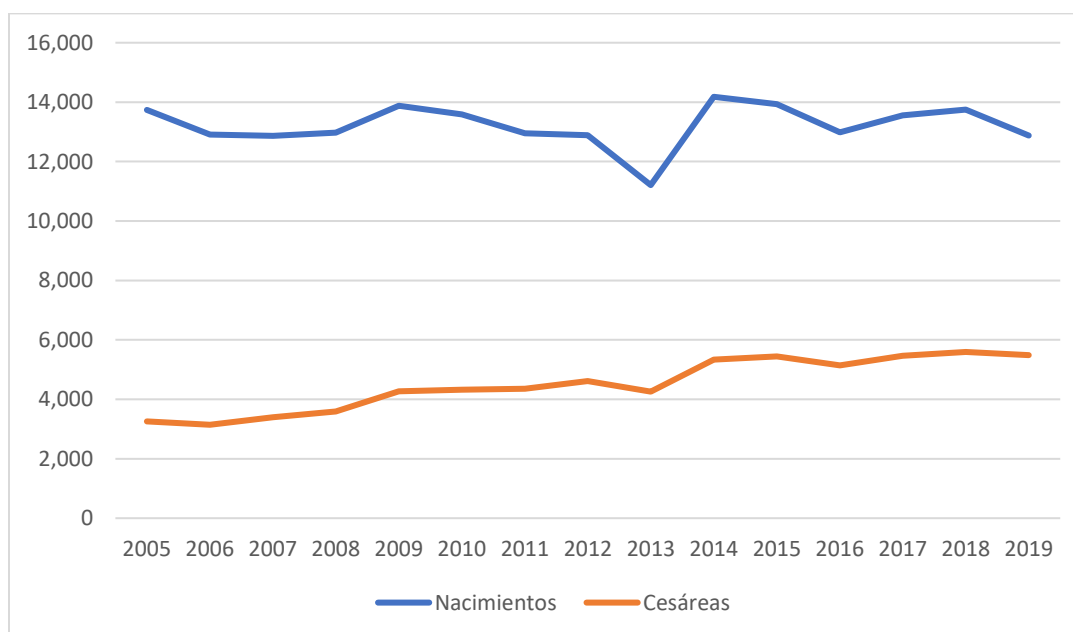
conocer las primeras estimaciones de los resultados del censo 2022, que indican que Corrientes posee 1.100.000 habitantes con una población estimada de 418.800 (38%), para la capital.

La salud es regida por el Ministerio de Salud Pública de la provincia. Los hospitales son instituciones dependientes 100% del gobierno provincial. Algunos municipios han creado centros de atención de salud ambulatoria (Nivel I), sin embargo, la ciudad de Corrientes es el único municipio con una estructura sanitaria organizada. Además, están los centros integradores comunitarios que constituyen una instancia de articulación entre el gobierno nacional, provincial, municipal, organizaciones sociales, políticas y la sociedad civil.

En el año 2019, en la provincia hubo 18.074 nacimientos, de los cuales ocurrieron 12.667 (70%) en instituciones públicas, 5.341(29,6%) en instituciones privadas y 56 (0,3%) en domicilios y otros. En la figura N°5 se observa la progresión de las cifras absolutas de nacimientos y cesáreas del sistema público durante 15 años (2005 a 2019). Durante ese periodo la cantidad de nacimientos se mantuvo relativamente estable: 13.738 en 2005 y 12.876 en 2019. Sin embargo, el número de cesáreas fue ascendente: 3.262 en 2005 y 5.490 en 2019 (Corrientes, Ministerio de Salud Pública, 2020).

Figura 5

Evolución de nacimientos y cesáreas del Sistema Público. Provincia de Corrientes. Años 2005-2019.



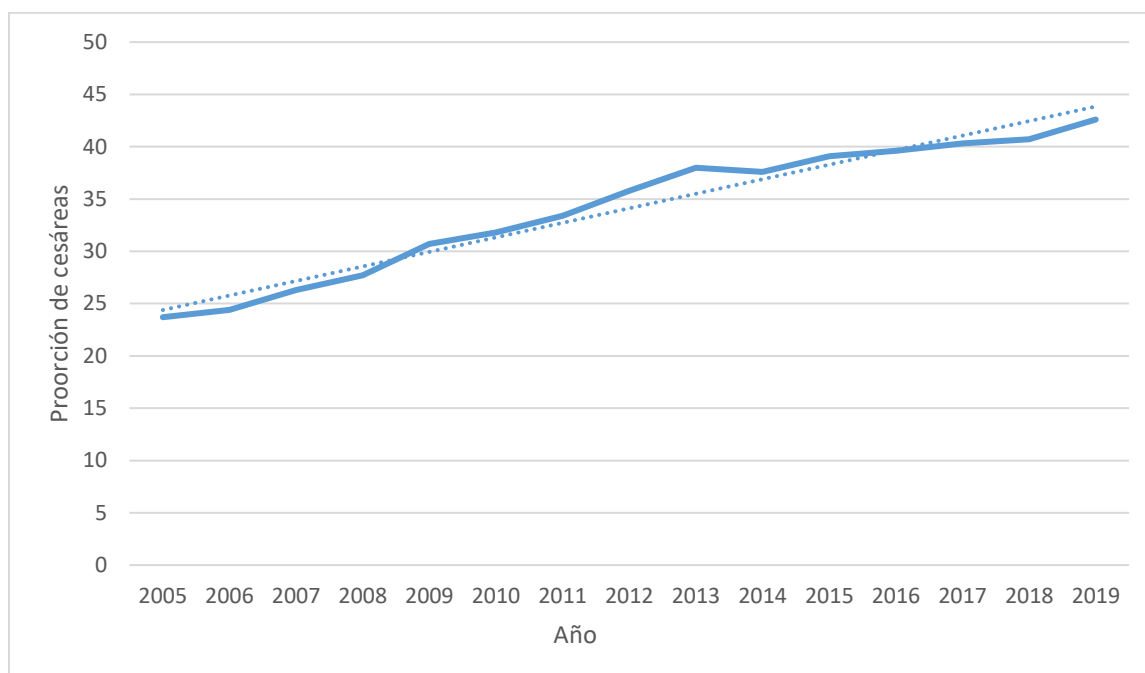
Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud. Provincia de Corrientes.

La provincia de Corrientes según los datos cargados del sector público en el SIP, en el año 2018, presentó 10.492 nacimientos con 3.886 cesáreas, tasa de 37,4% (Argentina. SIP-G, 2019).

En los últimos años la tasa de cesárea se ha incrementado de 23% en 2005 a 42, 6% en 2019, lo que implica un aumento de 20% en 15 años, como se aprecia en la figura N°6.

Figura 6

Evolución de tasa de cesáreas del Sistema Público. Provincia de Corrientes. Años 2005-2019.



Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud. Provincia de Corrientes.

Dos estudios de maternidades del sistema público de la ciudad de Corrientes, uno realizado en el Hospital regional “Angela I. de Llano” de nivel IIIA y otro en el Hospital “Dr. José R. Vidal”, de mayor complejidad, nivel IIIB, exponen parte de esta problemática. En el hospital de nivel IIIA

durante el periodo 2015-2019 hubo 10.350 nacimientos y se realizaron 2.587 (24,9%) cesáreas... Fueron nulíparas 801 (31%), tenían cesáreas previas 1.294 (50%), de las cuales, presentaban una cesárea anterior 790(30%) mujeres. Se realizó cesárea electiva en 1.878 (72,6%). Se encontraban en trabajo de parto de comienzo espontáneo 357 (13,8%) e inducido 348 (13,5%) (Rivero et al., 2021, pp. 101-102)

En el hospital de nivel IIIB entre enero de 2009 y abril de 2010, se registraron 4.016 nacimientos, de los cuales 1.299 fueron por cesárea (32 %) (Pinto et al., 2016, p. 12).

Las indicaciones más frecuentes del hospital “Angela I. de Llano” fueron: cesárea previa (43,3%); monitoreo fetal alterado (11,5%); podálica (9,7%); falta de descenso (9,1%); desproporción feto pélvica (3,3%); desprendimiento placentario (3,2%) y negativa al parto (3,2%) (Rivero et al., 2021).

Dentro de las causas, se destaca la cesárea previa ya que 4 de cada 10 cirugías se realizó por este factor, y se debe tener en cuenta que la mayoría de ellas (790 de 1.120) tenían una cesárea anterior y pudo haberse intentado el parto vaginal. El monitoreo fetal alterado fue la segunda causa de cesárea y progresó de 5,1% en 2015 a 15% en 2018 (Rivero et al., 2021, p. 103)

Por otro lado, las causas principales en el hospital “Dr. José R. Vidal”, fueron: las cesáreas anteriores (31%), sufrimiento fetal agudo (16%) y la falta de progresión del trabajo de parto (10%). El trabajo destaca la influencia de las demandas legales en las decisiones de los profesionales que consideran el

nacimiento por cesárea como una mejor opción que el parto vaginal. Así también el rol de las embarazadas que eligen esa vía, argumentando mayor seguridad para su hijo y por miedo al dolor, principalmente (Pinto et al., 2016). En el estudio del hospital “Angela I. de Llano” se evaluó específicamente ese componente y se observó un incremento de 3 veces, pasando de 2,3% en 2015 a 6,7% en 2019, lo que destaca el rol de la gestante en la cesárea a demanda y que las decisiones, de los médicos y las mujeres, deben basarse en información de calidad sobre sus consecuencias en comparación con el parto vaginal (Rivero et al., 2021).

1.2 Formulación del Problema

Los profesionales de la salud, basados en un consenso de expertos de la OMS realizado en 1985, han considerado que la tasa ideal de cesárea debería fluctuar entre el 10% y el 15% (Appropriate technology for birth, 1985). (2015, p. 2). Sin embargo, los partos por cesárea son cada vez más frecuentes, tanto en países industrializados como en países en desarrollo (Vogel et al., 2015) y varían ampliamente según la región, la institución y el sector de la salud (Ye et al., 2014). Existen tres grandes grupos que podrían conducir a la decisión de realizar un parto por cesárea en presentación cefálica: el primero consiste en situaciones graves de emergencia obstétrica donde la operación es obligatoria, el segundo grupo es el uso para prevenir posibles complicaciones perinatales, como resultado del hallazgo de alteraciones en diversos procedimientos de monitoreo de la salud fetal, y finalmente, el tercer grupo, son las cesáreas que están relacionadas con algunos factores socioculturales, económicos y legales, incluida la demanda de las mujeres, sin una clara indicación clínica (Villar et al., 2007, p. 8).

Los embarazos de alto riesgo son manejados habitualmente en las instituciones más complejas que cuentan con una estructura y tecnología más avanzada y también, con recursos humanos más especializados y capacitados para resolver las situaciones más críticas de la obstetricia. Teniendo en cuenta esto, la frecuencia de cesárea debería incrementarse proporcionalmente con la complejidad de las maternidades.

¿La frecuencia de la cesárea en las maternidades públicas de la provincia de Corrientes se incrementa según el nivel de complejidad de los hospitales? ¿Qué otros factores intervienen en el aumento de las cesáreas?

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Cesárea

1.3.1.1 Frecuencia en el Sistema Público

Conociendo que la tasa ideal dada por la OMS es de 15% y sabiendo que las instituciones que reciben derivaciones de gestantes de alto riesgo poseerán una mayor tasa, se debe tener en cuenta que son varios los factores que construyen la frecuencia de cesárea en cada institución. La proporción de cesáreas puede estar relacionada a determinantes clínicos que dependerá de las indicaciones obstétricas contenidas en las guías o protocolos de atención, tanto nacionales como provinciales, adaptadas a cada centro

obstétrico, y a determinantes no clínicos, que pueden ser clasificados en: los que dependen de cada región o país, los que dependen de la cultura organizacional de cada establecimiento y servicio obstétrico, los que tienen que ver con el equipo de salud que atiende a la embarazada y los relacionados a la usuaria o gestante y su contexto. También, es preciso mencionar que habitualmente estos factores no se presentan en forma aislada, sino que pueden coexistir y estar relacionados e influenciados entre sí.

Dentro de los determinantes clínicos se considera, por un lado, las indicaciones obstétricas absolutas o no discutidas y por otro, las indicaciones relativas, entre las cuales se destacan, por su frecuencia creciente, las que tienen que ver con cesárea previa y las indicadas por compromiso de la salud fetal diagnosticada con diversos procedimientos que se sabe tienen falsos positivos.

Los determinantes de la cultura organizacional en la tasa de cesárea tienen que ver con la capacidad de gestionar eficiente y eficazmente, y como expresa Márquez-Calderón et al., con el funcionamiento del sistema de salud. (2011, p. 211) La cultura organizacional sirve de marco de referencia a los miembros de una organización (equipo de salud) y da pautas acerca de cómo las personas deben conducirse en ellas, facilitando la toma de decisiones y el compromiso con acciones y conductas acordadas.

Por otro lado, la disponibilidad del recurso humano, su composición, capacitación y experiencia son influyentes en la frecuencia de cesáreas y también, como lo expresa Lavender et al., la conveniencia de los profesionales (2012). Esta podría explicarse por la seguridad que ofrece la operación cesárea y que ocasiona complacencia al médico y la paciente, así como también, por la falta de experiencia de los obstetras jóvenes, el temor a los problemas médico-legales y la presión que ejercen la paciente y su entorno a los profesionales que intervienen en su atención (México. Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS], 2014, p. 9).

Otros determinantes no clínicos que actúan en la realización de una cesárea fueron analizados por Lavender et al., y están asociados a las circunstancias sociales y preferencias de las mujeres (2012).

La complejidad de cada hospital está conformada por varios de los factores mencionados, se relaciona con la estructura edilicia, la disponibilidad de recursos materiales (Equipamiento) y humanos, y especialmente con el tipo de servicio que puede brindar a la población.

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los análisis para las tasas de cesárea a nivel poblacional no deben tomarse como recomendaciones para la práctica a nivel de un centro o proveedor individual. La combinación de casos de la población obstétrica, la estructura organizativa y las circunstancias en las que opera cada establecimiento pueden variar drásticamente de una institución a otra, lo que, a su vez, puede justificar variaciones en las tasas de cesárea en cada hospital. Además, la situación actual en algunos países requiere una evaluación específica de cada lugar (Betran et al., 2015, p. 8).

1.3.1.2 Causas de Cesárea

1.3.1.2.1 Determinantes Obstétricos

Según Gómez-Dantés (2004), durante la primera mitad del siglo XX, la cesárea fue un procedimiento terapéutico para indicaciones muy precisas: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, inducción fallida del trabajo de parto, cesárea previa, preeclampsia severa/eclampsia, prolapso del cordón umbilical, sufrimiento fetal, presentación incompleta de nalgas/presentación anómala, desproporción cefalopélvica/ trabajo de parto prolongado, gestación múltiple, fístula vesicovaginal, y, más recientemente, presencia de enfermedades virales en la madre (Virus de Inmunodeficiencia Humano -VIH-, Virus del Papiloma Humano). A mediados del siglo XX, este procedimiento se incorporó definitivamente a las técnicas de la obstetricia, aunque posteriormente se salió de control hasta llegar a una desmesura injustificada (Muños Hernández et al., 2020, pp. 2-3)

En EE. UU., un estudio basado en la población de 2011 mostró que las indicaciones más comunes para la primera cesárea fueron, en orden de frecuencia, distocia del parto, anomalías en el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal, anomalías en la presentación del feto, la gestación múltiple y sospecha de macrosomía fetal. La detención del trabajo de parto y el registro anormal o indeterminado de la frecuencia cardíaca fetal representaron más de la mitad de las indicaciones de la primera cesárea en la población estudiada (Caughey et al., 2014).

La sospecha de macrosomía fetal rara vez es una indicación de parto por cesárea. Para evitar posibles traumas de nacimiento, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomienda que el parto por cesárea se limite a un peso fetal estimado de al menos 5.000 g en mujeres sin diabetes y al menos 4.500 g en mujeres con diabetes. Esta recomendación se basa en estimaciones de un estudio que modeló los riesgos y beneficios potenciales de un parto por cesárea programada, por sospecha de macrosomía fetal, incluidas distocias de hombro y lesiones permanentes en el plexo braquial (Caughey et al., 2014, p. 189).

“Las principales indicaciones que encontró la OMS en los países de Latinoamérica son: antecedente de cesárea, presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto entre las más frecuentes” (México, Secretaría de Salud, 2013, p. 9).

Un estudio realizado por Villar et al., exploró la relación entre las tasas de parto por cesárea y los resultados perinatales entre las mujeres que dan a luz en instituciones médicas de 24 áreas geográficas en ocho países latinoamericanos seleccionados al azar. Las indicaciones informadas con mayor frecuencia para el parto por cesárea electiva fueron parto por cesárea previa (44%), preeclampsia (13,5%), presentación podálica (12%), otras complicaciones maternas (12%) y para ligadura de trompas (7,4%). Para el parto por cesárea intraparto, las indicaciones más comunes fueron desproporción cefalopélvica (35%), sufrimiento fetal (26%) y cesárea anterior (32%) (2007, p. 4).

Se debe aclarar que Villar et al., excluyeron la cesárea de emergencia sin trabajo de parto, causada por sufrimiento fetal agudo, sangrado vaginal severo, rotura uterina, muerte materna con un feto vivo, eclampsia o cualquier otro diagnóstico que requirió una cesárea electiva de emergencia (2007, p. 2).

Los estudios que han evaluado el papel de las características maternas, como la edad, el peso y el origen étnico, han encontrado sistemáticamente que estos factores no tienen en cuenta el aumento temporal de la tasa de parto por cesárea o sus variaciones regionales (Declercq et al., 2006). Estos hallazgos sugieren que otros factores potencialmente modificables, como las preferencias de las pacientes y la variación de la práctica entre los hospitales, sistemas y proveedores de atención médica, probablemente contribuyan a la escalada de las tasas de parto por cesárea (Caughey et al., 2014).

1.3.1.2.2 Otros Determinantes

1.3.1.2.2.1 La Complejidad de la Institución

En 1986, la OMS estipuló que las Maternidades debían cumplir mínimamente condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) para poder asegurar la salud de las madres y sus hijos. Estas condiciones de cumplimiento mínimo son las que se enumeran a continuación:

1. Disponibilidad quirúrgica y procedimientos obstétricos: capacidad para efectuar cesáreas de urgencia, aspirado manual endouterino (AMEU), reparación de desgarros cervicales, histerectomía, embarazo ectópico, fórceps, ventosa y extracción de placenta.
2. Anestesia general y regional disponible las 24 h.
3. Transfusión de sangre segura: grupo y factor Rh, prueba de compatibilidad cruzada, banco o reserva renovable de sangre.
4. Tratamientos médicos maternos: eclampsia, shock, sepsis.
5. Asistencia neonatal inmediata: todo el personal que recibe recién nacidos debe tener cursos de reanimación cardiopulmonar neonatal actualizados.
6. Evaluación del riesgo materno y neonatal: listados de factores de riesgo obstétricos y neonatales.
7. Transporte oportuno al nivel de referencia: teléfono / radio y vehículo permanente.

En nuestro país, de acuerdo con un relevamiento realizado durante los años 2010 y 2011 por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud, de las 630 maternidades públicas relevadas, hay información de 585 sobre el cumplimiento de las CONE. De éstas, el 44 % cumplía con todas las condiciones esenciales, y se observó que la de menor cumplimiento fue la disponibilidad de sangre (54%) (Speranza et al., 2011, p. 46).

A los efectos de identificar cuáles son los efectores que cumplen con los distintos requisitos en términos de nivel de complejidad, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia realizó una categorización de establecimientos obstétricos en todo el país, basándose en aquellos centros con más de 1.000 partos anuales. En la Tabla N°2 se muestra la distribución de los registros del SIP por cumplimiento de las CONE y el nivel de complejidad de los efectores que integran la red SIP y su cobertura. Los efectores que reportaron información a la red perinatal durante 2018 fueron 290 (Argentina. SIP-G, 2019, p. 15).

Tabla 2

Numero de hospitales y cobertura SIP 2018 según cumplimiento de CONE y nivel de complejidad del efector. Total, país. República Argentina. Año 2019.

Cumplimento CONE	NIVEL	NUMERO DE HOSPITALES 2018		
		Hospitales Públicos con Maternidad (N°)	Hospitales SIP (N°)	Cobertura Hospitales (%)
Total, de Hospitales Públicos		564	290	51,4
SIN CONE	Sin categorizar	261	65	29,5
CON CONE	II	208	121	58,2
	IIIA	36	36	100,0
	IIIB	59	57	96,6

Fuente: informe de SIP Gestión, 2019.

Nota: SIP; sistema informático perinatal. CONE; condiciones obstétricas y neonatales esenciales

En Argentina, del total de nacimientos, un tercio ocurren en hospitales de menor complejidad (nivel II) y dos tercios en centros de mayor complejidad (nivel III). Tabla 3.

Tabla 3

Porcentaje de nacimientos registrados en SIP y total país por Nivel de complejidad del efector. Total, país. República Argentina. Año 2017.

Categorías	SIP	Total, país
Sin categorizar	3,1%	5,1%
Nivel II	28,5%	33,4%
Nivel IIIA	21,5%	19,4%
Nivel IIIB	46,8%	42,1%

Fuente: informe de SIP Gestión, 2019.

Nota: SIP; sistema informático perinatal

En la mayoría de las investigaciones, el incremento de la tasa de cesárea es proporcional al aumento del nivel de complejidad de las instituciones. Entre ellas, se puede citar que, en Colombia la proporción de cesárea en una institución hospitalaria de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá entre 2012-2014, sobre 1.190 nacimientos, fue de 37,0% (Jimenez-Hernandez et al., 2016), mientras que otro estudio realizado en una institución de alta complejidad de tercer nivel de atención en Medellín, encontró que, de 1.319 partos, 43,1% fueron por cesárea (Zuleta-Tobón, 2013).

Otro estudio del sistema público de Uruguay que incluyó todas las mujeres que tuvieron sus partos por vía vaginal o cesárea entre 2009 y 2019 en dos centros de tercer nivel que reciben pacientes obstétricas provenientes de Montevideo y del interior del país, evidenció que en ambos aumentó la tasa

global de cesáreas pasando del 32% a 47,4% en el “Hospital de Clínicas” (HC) y del 23,1% al 30,3% en el “Centro Hospitalario Pereira Rossell” (CHPR). Si bien las dos instituciones son de tercer nivel, cada centro posee poblaciones diferentes, destacando que mientras el CHPR se caracteriza por la atención de pacientes de bajo riesgo obstétrico, el HC recibe mayor porcentaje de gestantes de alto riesgo, siendo centro de referencia nacional por contar con cuidados intensivos maternos y una amplia gama de especialidades médico-quirúrgicas (Feldman et al., 2021, p. 5).

En las 24 regiones geográficas de ocho países de América Latina, sobre 97.095 de 106.546 partos (91% de cobertura), la tasa de cesárea fue del 33%, con las tasas más altas en hospitales privados, 51%. Al examinar cada institución se encontró que las mayores tasas se relacionaban con la primiparidad, la cesárea anterior y la complejidad institucional (Villar et al., 2006).

La mayoría de los hospitales incluidos en el estudio de Villar et al., eran de mediana complejidad; 12 tenían capacidad limitada y 11 tenían recursos complejos. Doce hospitales eran privados, 86 pertenecían al sistema público de salud y 22 al sistema de seguridad social. Entre las 12 instituciones privadas, solo una tenía un índice de complejidad bajo, mientras que tres de las 22 instituciones de seguridad social y 25 de las 86 del grupo de salud pública tenían un índice de complejidad bajo (2007, p. 4).

En España, también, se observó en los hospitales de referencia un porcentaje más elevado de cesáreas por la mayor gravedad y complejidad de los partos atendidos (Librero et al., 2014, p. 316).

Por el contrario, algunos encontraron que centros de menor nivel poseen mayor tasa que los de mayor complejidad dentro de la misma región. En España, un estudio que analizó 111 hospitales con 213.215 partos encontró un porcentaje global de cesáreas de 25,4%. En los hospitales privados, en mujeres sin y con cesárea previa la tasa de 32,3% y 89,2% fue superior frente a 21,2% y 66,8% en instituciones públicas, respectivamente. Es relevante que en los hospitales públicos había diferencias significativas entre niveles, con un mayor porcentaje en los hospitales de menos nivel tecnológico (nivel I) en mujeres sin y con cesárea previa (22,4% y 68,1%, respectivamente). (Redondo et al., 2013, p. 260).

1.3.1.2.2.2 La Disponibilidad de Recursos Humanos

Los recursos humanos representan uno de los factores determinantes no clínicos en la frecuencia de cesárea. Las características, tanto en su composición (médicos especialistas en obstetricia y/o ginecología y obstétricas) así como, en su experiencia y/o adiestramiento influyen en las decisiones que se toman, sobre todo en las cesáreas que tienen indicaciones relativas. También, es relevante la influencia que posee la cultura organizacional de cada institución sobre el recurso humano, brindando contención, y seguridad, desarrollando el sentido de pertenencia que debería tener cada integrante del equipo de salud al lugar de trabajo. Además, el monitoreo del cumplimiento de las guías y normativas de cada lugar ayuda a la autoevaluación de cada centro obstétrico.

En la investigación de Villar et al., médicos especialistas o residentes en obstetricia y ginecología realizaron el 99% de los partos por cesárea y el 62% de los partos vaginales. De todas las anestias

durante el trabajo de parto o el parto, el 95% fueron epidurales o espinales, el 80% de los cuales fueron proporcionados por anestesiólogos (2007, p. 4).

En cuanto al rol de las parteras, según Perrotta et al., en general se limita a brindar atención prenatal y, según la institución, pueden ayudar o conducir partos vaginales de bajo riesgo (2022, p. 8).

La capacitación y el adiestramiento adecuados para el desarrollo de las habilidades en los partos vaginales asistidos es fundamental para promover el uso de fórceps y ventosa como una alternativa segura a la cesárea, en determinados casos, cuando la segunda etapa del trabajo de parto se prolonga (Betran et al., 2015, p. 8).

En cuanto a la organización, los servicios de obstetricia están a cargo de los médicos especialistas en obstetricia y ginecología mientras que, la actividad y el rol de las parteras dependen de cómo organiza cada hospital sus servicios y recursos humanos (Perrotta et al., 2022).

Según la Norma Perinatal del Ministerio de Salud de Argentina, se necesitan 2 obstétricas por día /guardia en maternidades con más de 1.000 partos. En la investigación realizada en 19 instituciones de la Argentina, se encontró gran variabilidad en el número de recursos humanos por 1.000 nacidos vivos, con una mediana de 7 obstetras y 2,8 parteras/1000 nacidos vivos. Dos hospitales informaron una proporción de personal muy baja (un hospital informó un obstetra/1000 nacidos vivos) y el mayor número de obstetras fue de 23/1000 nacidos vivos. Todos los profesionales recibían un salario fijo mensual que es independiente del desempeño que presenten (Perrotta et al., 2022, p. 4).

1.3.1.2.2.3 La Cesárea Electiva

Los partos por cesárea se clasificaron como electivos si la operación fue decidida por el personal a cargo, antes del inicio del trabajo de parto y, además, cuando la mujer fue derivada desde un consultorio de control prenatal o una sala de alto riesgo al centro obstétrico para el parto por cesárea, independientemente del diagnóstico. Por otro lado, la cesárea fue considerada intraparto cuando se la indicó durante el trabajo de parto, ya fuera este espontáneo o inducido (Villar et al., 2007, p. 2).

La cesárea programada puede estar indicada por el profesional ante determinadas situaciones obstétricas, sin embargo, la cesárea a pedido de la gestante está aumentando en algunas instituciones.

En la maternidad IIIA de Corrientes, capital se realizó cesárea electiva en 1.878 (72,6%).

Se encontraban en trabajo de parto de comienzo espontáneo 357 (13,8%) e inducido 348 (13,5%) (Rivero et al., 2021, pp. 101-102).

En la investigación de Villar et al., los factores asociados al grupo de cesáreas programadas fueron mujeres con embarazos previos complicados o resultados perinatales adversos, problemas relacionados con el embarazo actual y también, que fueron derivadas de otras instituciones (2007, p.5).

Dentro de las cesáreas electivas de indicación absoluta se encuentra la presentación podálica. Esta cirugía planificada para esta presentación a término posee un efecto protector que fue demostrado (Hannah et al., 2000).

En el estudio de Villar et al., las variables asociadas en forma significativa con la cesárea programada fueron primiparidad y nacimientos por cesárea en embarazos anteriores explicando el 64% de las tasas de nacimientos (2006, p. 1825).

Existen algunas investigaciones sobre las predilecciones de las mujeres con respecto a la vía del nacimiento. Mazzoni et al., evaluaron las preferencias de las gestantes con respecto al modo de parto en el tercer trimestre del embarazo en los ámbitos privado y público de Bs As, no hallando diferencias claras en las opiniones de aquellas que reciben atención en diferentes sectores de la salud y que probablemente provienen de diferentes niveles socioeconómicos. Sin embargo, la cesárea electiva fue la principal diferencia entre sectores, siendo 6 puntos porcentuales mayor en los hospitales privados (2016, p. 7).

En Brasil las embarazadas manifestaron una alta predilección por el parto vaginal tanto en el ámbito privado como en el público: 72,3 y 79,6% respectivamente. No obstante, la tasa de parto por cesárea fue 72% en el sector privado y 31% en el sector público, con una tasa de cesárea programada de 64,4% y 23,7%, respectivamente. (Potter et al., 2008) (Mazzoni et al., 2016, p. 7).

Esto muestra que el parto vaginal es la vía preferida por las mujeres, sin embargo, muchas terminan en cesárea sin indicaciones definidas. Por esto, es necesario enfatizar la mayor probabilidad de las complicaciones maternas y perinatales que presenta la cesárea y específicamente la cesárea electiva.

El parto por cesárea electiva podría aumentar la morbilidad y mortalidad neonatal debido a que la falta de trabajo de parto afecta el proceso fisiológico para el inicio de la respiración. Se sabe que el parto por cesárea está asociado con el síndrome de dificultad respiratoria y la taquipnea transitoria posiblemente mediada por la menor liberación de catecolaminas y prostaglandinas, así como por la falta de compresión mecánica de los pulmones durante el trabajo de parto necesaria para facilitar la adaptación pulmonar posnatal (Bazan et. al. 2012).

Las mujeres con cesárea planificada permanecieron en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, así como de tratamiento antibiótico después del parto, en comparación con las mujeres con parto vaginal planificado (1,7, 1,3 a 2,2, para el índice de morbilidad materna y 2,8, 2,0 a 4,0, para el tratamiento antibiótico después del parto) (Villar et al., 2007 p. 7).

Las tasas de parto prematuro fueron del 7 % para partos vaginales, del 12 % para cesáreas electivas y del 9 % para cesáreas intraparto. (Villar et al., 2007, p. 6)

Después del ajuste para tipo y complejidad institucional, la morbilidad y mortalidad materna, el tratamiento antibiótico post natal y la muerte fetal quedaron asociadas con la cesárea electiva (Villar et al., 2006, pp. 1825-1826)

Es importante explicar a las nulíparas que se plantean una cesárea programada innecesaria que los riesgos no se limitan a la morbilidad materna a corto o medio plazo en su próximo parto. Hay que informar a las mujeres de que una cesárea electiva previa al parto también puede tener efectos a largo

plazo en la salud materna, así como efectos a corto y largo plazo en la descendencia, y también afectar a futuros embarazos (Torloni, 2020).

1.3.1.2.2.4 La Cesárea a Demanda

Una revisión de dieciséis estudios identificó tres temas sobre por qué las mujeres eligen la cesárea, que fueron: normas sociales, experiencias emocionales y experiencias personales. La decisión de una mujer a menudo fue moldeada por varias influencias, incluyendo la familia, los amigos y los medios de comunicación. Además, la experiencia previa del parto y las interacciones con los profesionales de la salud contribuyeron a la preferencia por la vía alta y una disminución de los sentimientos de miedo (O'Donovan, O'Donovan, 2018).

Para el enunciado “el uso de cesárea en madres primerizas está relacionado con la ansiedad”, el 38% de los obstetras, el 34,4% de los residentes y el 29% de las matronas coincidieron en que podría considerarse un determinante del uso de cesárea (Perrotta et al., 2022, p. 6).

Su motivación para el parto por cesárea debe determinarse y abordarse. Se debe hacer un esfuerzo para asegurar que la solicitud es verdaderamente el deseo de la paciente y no como resultado de la presión indebida de miembros de la familia u otras personas (Norwitz, 2022).

Un metaanálisis Cochrane de 12 ensayos y más de 15.000 mujeres demostró que la presencia de apoyo individual continuo durante el trabajo de parto y el parto se asoció con una mejor satisfacción de la paciente y una reducción estadísticamente significativa en la tasa de cesárea (Hodnett et al., 2013, p. 3). Una revisión sistemática y metaanálisis sobre la preferencia de las mujeres en el modo de nacimiento mostró que solo una minoría expresó una preferencia por la cesárea, en una amplia variedad de países y situaciones. Se informó una mayor predilección por la cesárea en mujeres con una cesárea previa (29,4 %) y aquellas que viven en un país de ingresos medios (22,1 %). (Mazzoni et al., 2011, p. 6).

Las mujeres en los hospitales públicos de la Argentina prefieren el parto vaginal sobre la cesárea, no obstante, se visualiza diferencias entre las diferentes instituciones. Por consiguiente, es necesario trabajar para mejorar el manejo del dolor de parto, asimismo, garantizar el acompañamiento durante la cesárea e incorporar las preferencias de cada mujer en la decisión sobre el modo de parto (Perrotta et al., 2021).

Una proporción cada vez mayor de cesáreas en todo el mundo no están médicamente indicadas y podrían haberse evitado (Opiyo et al., 2020, p. 66).

1.3.1.3 Riesgos y Beneficios

Los progresos registrados en los métodos de vigilancia de la salud fetal, junto a un mejor control de las enfermedades maternas y la reducción de los riesgos anestésicos, infeccioso y quirúrgico inherentes al procedimiento, redujeron los peligros de la intervención en sí misma, contribuyendo a posicionar a la cesárea como una herramienta apropiada para asegurar la sobrevivencia del feto y de la madre en diversas situaciones de riesgo. Concomitantemente se observaron aumentos de la morbilidad materno-perinatal asociados al incremento de la intervención, por lo que no resulta comprensible, ni justificable científicamente que esta operación sea utilizada, en algunas

instituciones, tanto o más frecuentemente que la vía vaginal. (Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2016, p. 1)

Existen diferentes percepciones de los beneficios y riesgos que conlleva esta cirugía, por parte de los profesionales de la salud, así como también, por las mujeres embarazadas. Sin embargo, el aumento del parto por cesárea no está asociado con ningún beneficio claro para el neonato o la madre, pero está vinculada con aumento de la morbilidad para ambos (Villar et al. 2006).

Un estudio de 259 instituciones de 20 países de bajos y medianos ingresos halló que la tasa de cesárea creció, en promedio, 4% anual. No obstante, este aumento no se asoció con una mejoría en los resultados perinatales, independientemente si la tasa de cesárea al comenzar ya era alta o no (Zhao et al., 2017).

Varias investigaciones refieren trastornos respiratorios del recién nacido (RN) en los nacimientos por vía abdominal. Un estudio realizado en 35 hospitales públicos de 20 capitales de los estados brasileños observó, en 2.087 neonatos nacidos por cesárea no urgente y 4.842 por vía vaginal, que la anestesia en la cesárea acrecentó el riesgo de ventilación con bolsa y máscara (Odds Ratio [OR] 1,42, IC95%=1,07-1,89) ajustada por el número de gestaciones, hipertensión materna y peso al nacer (de Almeida et al., 2010).

El ACOG reafirmó que la cesárea electiva antes de las 39 semanas de gestación se asocia con un aumento de la morbilidad respiratoria neonatal, incluida la taquipnea transitoria del recién nacido (2019, p. 75).

Otro estudio realizado en la Argentina evaluó la morbilidad en 1.120 RN de término, nacidos por vía vaginal y 901 por vía abdominal. Se encontró mayor morbilidad respiratoria en los neonatos nacidos por cesárea a las 37 y 38 semanas (cesáreas 7,4 % vs. vaginal 2,1 %; Riesgo Relativo [RR] 3,5; IC95 % = 1,5-8,1). También, 68% de las púerperas por cesárea revelaron dolor moderado a intenso, comparado con 36% en el parto vaginal (RR=1,9; IC95=% 1,7-2,1). Además, la lactancia exclusiva al alta fue menor en las madres posterior a la cesárea (90 % contra 96 %; RR=0,94 IC95 % = 0,92-0,96) (Ceriani Cernadas et al., 2010, p. 21). Este dato es ratificado por un informe actualizado que encontró 7 estudios con 145.184 participantes donde las mujeres sometidas a un parto por cesárea electiva “tienen un 17% menos de posibilidades de iniciar con éxito la lactancia materna que las mujeres que dan a luz por vía vaginal” (Torloni, 2020, p. 8).

El estudio multicéntrico realizado en ocho países de América Latina con 97.000 nacimientos de Villar et al. halló que el aumento en la tasa de cesárea también se asoció con un incremento de la mortalidad fetal y mayor cantidad de RN ingresados en cuidados intensivos neonatales. Igualmente, el nacimiento por cesárea en pretérminos aumentó la mortalidad neonatal (Villar et al. 2006, p. 1827).

Diferentes investigaciones hallaron incremento de la morbi-mortalidad materna en la operación cesárea. Los factores que incidieron, según Dempsey et al., en las complicaciones intra y postoperatorias fueron las condiciones generales de las pacientes, la presencia de enfermedades crónicas debilitantes, el tiempo operatorio y una adecuada supervisión y/o ejecución del procedimiento quirúrgico, el parto

prolongado, la ruptura prolongada de las membranas y el aumento de la frecuencia de los exámenes vaginales que predispusieron a la infección, mientras que la cesárea previa, la placenta previa y la placenta acreta aumentaron el riesgo de hemorragia (2017).

También Villar et al, hallaron que la cesárea se relacionaba con el aumento de la morbilidad y mortalidad maternas y que la madre mostraba pocos conocimientos sobre los riesgos relacionados con esa cirugía (2006).

En México, las complicaciones relacionadas con la cesárea se presentaron en 12 a 15 % de las pacientes (Karchmer & Fernández-del Castillo, 2006) (Martínez Salazar et al., 2015). Asimismo, “se ha demostrado que la herida quirúrgica se infecta hasta casi 12 veces más que la episiorrafia” (Corona-Gutiérrez et al., 2008). (Martínez Salazar et al., 2015).

Otro estudio de prevalencia en un hospital de Colombia de 899 historias clínicas de pacientes sometidas a cesárea de urgencias y programadas encontró 5,2% de complicaciones. Las complicaciones mayores más frecuentes fueron requerimiento de transfusión (2.1%), hemorragia (1.3%) y hematoma (0.5%). Requirieron reingreso 2,1% y reintervención 1,5% (Ortiz Martínez et al., 2019, p. 439).

Además, la frecuencia de esta cirugía “eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna” (México. IMSS, 2014, p. 9).

El parto por cesárea se ha asociado con un menor riesgo de disfunción del suelo pélvico, en comparación con el parto vaginal, ya que reduce el riesgo de incontinencia urinaria durante los dos primeros años después del parto, aunque no elimina el riesgo de incontinencia futura (Torloni, 2020).

Por lo tanto, la declaración del ACOG de 2019 recomienda que se advierta a las mujeres embarazadas que solicitan una cesárea que no hay pruebas suficientes de que el parto por cesárea electiva, o el parto por cesárea a petición de la madre, prevenga el desarrollo o la exacerbación de la disfunción del suelo pélvico (Torloni, 2020, p. 13)

1.4 Fundamentación

1.4.1 Tasa de Cesáreas en las Maternidades de la Provincia de Corrientes

En la provincia de Corrientes, el número de cesáreas en el sistema público registra un aumento progresivo y sostenido por varios años, con variaciones en la proporción entre instituciones de igual complejidad (Ministerio de Salud Pública, 2020). Por otro lado, llama la atención en dicho reporte que algunas instituciones de menor complejidad presentan tasas superiores a las maternidades más complejas de la provincia.

1.4.2 Complicaciones

1.4.2.1 Morbilidad y Mortalidad Materna

Las mujeres sometidas a un parto por cesárea, ya sea durante el trabajo de parto o de manera electiva, independiente de las características clínicas y demográficas y de gestaciones previas, duplican el riesgo de morbilidad materna severa (incluyendo histerectomía, transfusión de sangre y el ingreso a cuidados

intensivos) y mortalidad, aumentando hasta cinco veces el riesgo de una infección postparto en comparación con las mujeres con parto vaginal (Villar et al., 2007, p.7). Este estudio de Villar et al. encontró que la cesárea, en comparación con los partos vaginales, tuvo un riesgo de tres a cinco veces mayor para la muerte materna, cuatro veces mayor para la histerectomía y dos veces más alto para el ingreso en cuidados intensivos y la estadía en el hospital por más de siete días (Villar et al., 2007, pp. 5-6).

Un gran estudio poblacional de Canadá encontró que el riesgo de morbilidad materna grave (hemorragia que requiere histerectomía o transfusión, rotura uterina, complicaciones anestésicas, shock, paro cardíaco, insuficiencia renal aguda, ventilación asistida, tromboembolismo venoso, infección grave, o dehiscencia de la herida en el hospital o hematoma) se triplicó en el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal (2,7% versus 0,9%, respectivamente) (Liu et al., 2007, p. 458).

También hay preocupaciones con respecto a los riesgos a largo plazo asociados con el parto por cesárea, en particular los asociados con embarazos posteriores. La incidencia de anomalías placentarias, como la placenta previa en embarazos futuros aumenta con cada parto por cesárea, de 1% con un parto por cesárea anterior a casi 3% con tres o más partos por cesáreas anteriores. Además, un número creciente de cesáreas anteriores se asocia con la morbilidad de la placenta previa; después de tres partos por cesárea, el riesgo que la placenta previa se complique con acretismo es casi del 40% (Silver et al., 2006).

“Estudios con gran número de pacientes, multicéntricos y que abarcan poblaciones de diferentes regiones del mundo han demostrado...que la cesárea aumenta el riesgo materno de infección, transfusión de sangre, histerectomía, estadía hospitalaria prolongada, ingreso a terapia intensiva y muerte” (Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2016, p. 1).

1.4.2.2 Morbilidad y Mortalidad Neonatal

La cesárea se relacionó con aumento de la prematuridad neonatal y sus complicaciones perinatales, generando mayor riesgo de internación prolongada en terapia intensiva neonatal y muerte neonatal (Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2016).

Con la presentación cefálica, después de ajustar por posibles variables de confusión y edad gestacional, tanto la cesárea electiva como la intraparto se asociaron con casi el doble de riesgo de ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales durante siete o más días. El efecto negativo del parto por cesárea sobre la morbilidad neonatal con presentación cefálica se mantuvo después de que se excluyeron todos los casos de sufrimiento fetal como indicación de cesárea. La cesárea electiva sin trabajo de parto se asoció con un mayor riesgo de ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales durante siete o más días (OR=2.2, IC95% =1.8 a 2.7) y de mortalidad neonatal (OR=1.8, IC 95% =1.4 a 2.3), ambos más altos que el correspondiente aumento observado del riesgo de cesárea en trabajo de parto. En una variedad de entornos de práctica y resultados, el parto por cesárea que no es de emergencia aumentó la morbilidad y la mortalidad entre las presentaciones cefálicas (Villar et al., 2007, p. 7).

Estudios ecológicos encontraron que los aumentos en las tasas de cesárea hasta 9 a 16%, están asociados con descensos en la mortalidad materna, neonatal e infantil, pero al ajustarse por factores socioeconómicos, la asociación desaparece. Podría interpretarse que el desarrollo social y económico en lugar de la tasa de cesárea puede ser el principal determinante de la mortalidad. Por otro lado, tasas superiores a este umbral, así como su incremento, no se relacionaron con mortalidad, independientemente de los ajustes. (Betran et al., 2015, p. 9).

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materna e infantil (Betran et al., 2016). La toma de decisiones informada tanto para los médicos como para las mujeres depende de la información precisa sobre las consecuencias de la cesárea en comparación con el parto vaginal (Lavender, et al., 2012).

Estos datos han motivado el interés por conocer la relación entre la proporción de cesáreas y los diferentes niveles de complejidad hospitalaria, cómo evolucionaron y cuáles son los determinantes que intervienen en esta relación.

1.5 Objetivo General

- Relacionar la frecuencia de cesárea con el nivel de complejidad hospitalaria en las maternidades públicas de la provincia de Corrientes durante el período 2015-2019

1.6 Objetivos Específicos

- Identificar las indicaciones de cesárea en las maternidades públicas de la provincia de Corrientes
- Detallar los factores fetales y maternos que indican una cesárea por embarazo de alto riesgo
- Describir los recursos humanos de las maternidades según su complejidad

1.7 Hipótesis

En la provincia de Corrientes, hay una utilización elevada de cesárea en el sistema público, que no se relaciona exclusivamente, con la complejidad hospitalaria.

2 CAPITULO II: Planteamiento metodológico

2.1 Tipo de Investigación

Se realizó un estudio observacional, durante el período 2015-2019 en las maternidades públicas de la provincia de Corrientes.

2.2 Diseño Metodológico

Estudio observacional de correlación porque se sustenta en el uso de técnicas que permiten al investigador adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención y es correlacional porque este estudio tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos variables en un contexto en particular (Hernández-Sampieri et al., 2018).

La provincia de Corrientes está dividida en 5 regiones sanitarias. Decreto N° 2028/2002: Regionalización Sanitaria. Cada Región Sanitaria estará integrada por un único Hospital Regional y uno o más establecimientos de salud de las restantes categorías determinadas en el artículo 4°, con excepción expresa de los Hospitales Centrales los cuales estarán limitados a los actualmente localizados en el Departamento Capital.

2.3 Población

La población estuvo constituida por las 13 maternidades públicas de la provincia de Corrientes que se encuentran autorizadas a realizar parto, tanto por vía vaginal como por cesárea. Se trabajó con el total de las unidades de análisis:

- **Maternidades de los 7 Hospitales de Cabecera de Departamento:**
 - Bella Vista
 - Esquina
 - Mercedes
 - Monte Caseros
 - Paso de los Libres
 - Virasoro
 - Ituzaingó
 - **Maternidades de los 5 Hospitales Regionales:**
 - Hospital “Ángela I. de Llano”, Corrientes, Capital
 - Saladas
 - Goya
 - Curuzú Cuatiá
 - Santo Tomé
 - **Maternidad central:**
 - Hospital “Dr. José R. Vidal”, Corrientes, Capital, durante los años 2015 - 2016.
-

- Hospital “Eloísa Torrent de Vidal”, Corrientes, Capital, durante los años 2017 - 2019.

Las 13 maternidades se clasificaron según la Resolución del Ministerio de Salud N° 348/2003- Categorización de Establecimientos Obstétricos- que regula los niveles de complejidad de los Servicios Obstétricos en:

- **Nivel II:**
 - Hospital “El Salvador” de Bella Vista. Región 2
 - Hospital “María Auxiliadora” de Saladas. Región 2
 - Hospital “San Roque” de Esquina. Región 3
 - Hospital “Las Mercedes” de Mercedes. Región 4
 - Hospital “Samuel W. Robinson” de Monte Caseros. Región 4
 - Hospital “San José” de Paso de los Libres. Región 4
 - Hospital “Dr. Fernando Irastorza” de Curuzú Cuatiá. Región 4
 - Hospital “Dr. Miguel Sussini” de Virasoro. Región 5
 - Hospital “Dr. Ricardo Billinghamurst” de Ituzingó. Región 5
 - Hospital “San Juan Bautista” de Santo Tomé. Región 5
- **Nivel IIIA:**
 - Hospital Regional “Ángela I. de Llano” de Corrientes Capital. Región 1
 - Hospital Regional “Dr. Camilo Muniagurria” de Goya. Región 3
- **Nivel IIIB:**
 - Hospital “Dr. José R. Vidal” de Corrientes, Capital. Región I, años 2015– 2016
 - Hospital “Eloísa Torrent de Vidal” de Corrientes, Capital. Región I, años 2016-2019

La utilización de cesárea fue clasificada, en base a la media nacional, en:

- Adecuado: proporción de cesárea menor a 35 %
- Alta: proporción de cesárea igual o mayor a 35%

Indicadores de Hospitalización: Para conocer el contexto donde se encuentran las Maternidades de la provincia se examinaron diversos indicadores de internación por cada región sanitaria, por cada institución de salud y por cada servicio de Obstetricia. Estos indicadores se describen desde el año 2015 hasta el 2019 inclusive.

2.4 Unidad de Análisis y de Observación

- La unidad de análisis fue la maternidad definida como un hospital o servicio de un hospital preparado para que las mujeres den a luz

- La unidad de observación fue:
 - La historia clínica perinatal del SIP de la Dirección General de Salud Materno Infanto Juvenil.

2.4.1 Criterios de Inclusión

- Se incluyeron todas las maternidades públicas de la provincia de Corrientes, donde se realizan partos, por vía vaginal y por cesárea.

2.4.2 Criterios de Exclusión

- Las maternidades públicas de la provincia de Corrientes donde no realizan o no están autorizados a realizar partos por cesárea. (según Resolución del Ministerio de Salud de Nación N° 348/2003)

2.5 Variables

2.5.1 Tipos de Variables y Definiciones

Variable dependiente:

- Frecuencia de cesárea: La cesárea fue identificada como ID VAR_0287, del SIP (Argentina. SIP Gestión, 2018, p. 12).

Variables independientes:

- Nivel de complejidad hospitalaria
 - Indicaciones maternas
 - Indicaciones fetales
 - Cesáreas anteriores
 - Demanda de la paciente
 - Disponibilidad de recursos humanos
 - Tocoginecólogos
 - Cirujanos
 - Medicina general
 - Obstétricas

Variables	Escala
Cesárea	Nominal
Maternidades, niveles	Ordinal
Hospitales, complejidad	Ordinal
Indicaciones de cesárea	Nominal
Cesáreas anteriores	Cuantitativa de intervalo
Recursos humanos	Nominal

Parto: Es la expulsión o extracción completa de su madre, de un feto con peso igual o superior a 500g, independientemente de la edad gestacional (aproximadamente 22 semanas), de que se haya seccionado o no el cordón umbilical y de que la placenta haya salido o no (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 1973) (Caro, 2011, p. 18).

Parto vaginal: Conceptualmente el parto se entiende como el conjunto de mecanismos que tienen lugar para que el útero de la mujer expulse su contenido (feto, placenta y líquido amniótico) al exterior a través del canal vaginal, cuando esto sucede después de la semana 22. Si esto ocurriese antes de la semana 22 hablaríamos de aborto.

Cesárea: La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

Cesárea Iterativa: Es la intervención quirúrgica que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

Causas de cesárea: para examinar las causas de cesárea en el sistema público de la provincia de Corrientes durante 2015 a 2019 se examinaron 3 instituciones, una de cada complejidad. La maternidad de nivel II que se valoró fue la del hospital “San Juan Bautista” de Santo Tomé, la maternidad de nivel IIIA que se observó fue la del hospital “Angela I. de Llano” y la maternidad de nivel IIIB fue la del hospital “José R. Vidal” durante los años 2015-2016 y el hospital Materno Neonatal “Eloísa Torrent de Vidal” durante los años 2017 a 2019.

También es preciso aclarar que la maternidad de mayor nivel de la provincia se asentó en el Hospital JR Vidal durante 2015 y 2016 y luego se trasladó al hospital Materno-neonatal Eloísa Torrent de Vidal.

Recursos Humanos: médicos y obstétricas o parteras. Cada tipo de recurso humano se consideró como variable cualitativa nominal.

Variables de confusión:

- Embarazada con cesárea anterior: es la paciente que presenta como antecedente obstétrico una cesárea previa al actual embarazo
- Embarazada con cesáreas iterativas: es la paciente que presenta como antecedente obstétrico dos o más cesáreas previas al actual embarazo

Estas entidades pueden influir en la variable dependiente ya que su presencia involucra una indicación relativa o absoluta de cesárea, así como también pueden estar asociadas a las variables independientes en estudio, porque son pacientes de mayor riesgo, lo cual implica que pueden ser derivadas a los hospitales con mayor complejidad y recursos humanos.

Categorización de Establecimientos Obstétricos: Existen numerosas definiciones para conceptualizar la Regionalización Perinatal. Todas involucran la relación entre el cuidado que requieren la embarazada o el feto y el nivel de atención que les corresponde según el riesgo (Argentina. Ministerio de Salud, 2018, p. 32). La actual normativa que regula los niveles de complejidad de los servicios

obstétricos es la Resolución MSal N° 348/2003. La resolución establece para los efectores obstétricos tres niveles de complejidad:

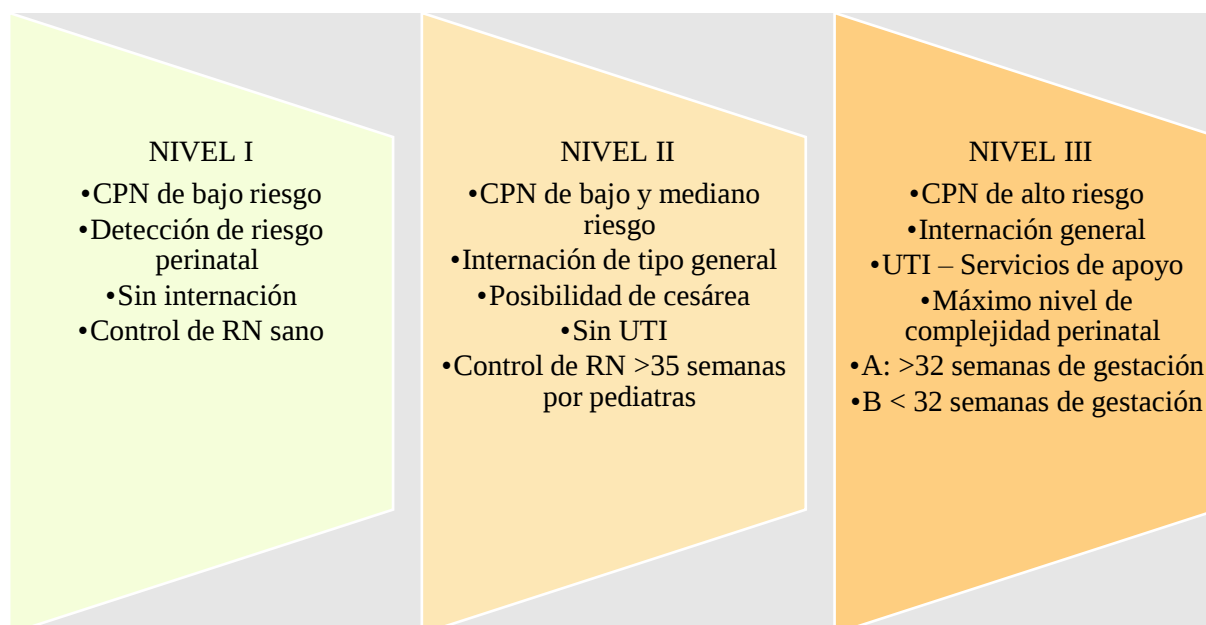
Nivel I: sólo responde a la atención primaria de la salud (APS) y no contempla servicios de internación. En este nivel no se prevé la realización de partos.

Nivel II: son servicios que se desenvuelven en establecimientos de salud con internación de tipo general (medicina general) o especializada (maternidades), no poseen terapia intensiva y pueden contar con servicios de apoyo en especialidades generales como Clínica Médica o Cirugía General, que deben asegurar un nivel de cuidado básico en el marco de las referidas CONE formuladas por la OMS.

Nivel III: son servicios que se desenvuelven en establecimientos de salud con internación de tipo general (medicina general) o especializada (maternidades), y que deben asegurar un nivel de cuidados especializado, contando con servicio de terapia intensiva y con servicios de apoyo en especialidades generales como clínica médica o cirugía y especialidades de apoyo para interconsultas (cardiología, nefrología, etc.) Estas Instituciones se dividirán en dos categorías: A y B de acuerdo con el listado de factores de riesgo dependiendo del nivel máximo de complejidad de cada Hospital. Los de **Nivel IIIB** desarrollarán el máximo nivel de alto riesgo perinatal que implica Terapia Intensiva Neonatal de mayor complejidad, con la posibilidad de atender no sólo a los prematuros de menos de 32 semanas sino también a los recién nacidos con patología quirúrgica. Figura 7.

Figura 7

Categorización de centros según nivel de complejidad. República Argentina. Año 2003



Fuente: modificado de indicadores básicos del SIP 2018. Argentina. SIP-G, 2019

Nota: CPN: control prenatal. RN: recién nacido. UTI: unidad de cuidados intensivos.

- Matriz de Datos: Variables- Dimensiones- Indicadores

MIR

2.6 Fuentes de Datos e Instrumentos de Recolección.

Para reducir los riesgos de subregistros y errores en el llenado de los datos, la información se recolectó de diversas fuentes secundarias de documentación y registros disponibles:

- Historia clínica perinatal (HCPN)
- Sistema informático perinatal (SIP)
- Estadísticas hospitalarias
- Estadísticas vitales

2.6.1 Confiabilidad y Validez de los Instrumentos de Recolección

- Se evaluó la confiabilidad a través de la equivalencia entre las diferentes fuentes que miden el mismo fenómeno
- La validez de contenido se valoró a través de la revisión del conocimiento disponible de acuerdo con la bibliografía consultada.

2.7 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Se realizó un análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresaron como porcentajes. La correlación entre la proporción de cesáreas y la complejidad de los centros se estableció por medio del coeficiente de correlación Rho de Spearman. Se empleó el paquete estadístico SPSS 24.0.

2.8 Sistema de Citas y Referencias Utilizadas

Guías Normas APA 7a. edición.

2.9 Estado del Arte

La OMS en el 2015, luego de realizar una revisión sistemática para determinar la tasa ideal de cesáreas concluyó que son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos, solamente cuando son indicadas por motivos médicos.

A nivel poblacional, a medida que las tasas de cesáreas aumentan hasta un 10% a 15% se reduce la mortalidad materna y neonatal (Betran et al., 2015); por encima de este nivel, el aumento de la tasa deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad (OMS, 2015).

En Argentina, según la información de Estadísticas Vitales y del Sistema Informático Perinatal Gestión de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, se observa un aumento sostenido en la tasa de nacimientos por cesárea, que alcanzó durante el año 2018 el 35,7% de 298.199 nacimientos del sistema público cargados en la base de datos (2019).

Asimismo, en el subsector de obras sociales y prepagas, la tasa supera el 50%, y en algunos centros se encuentra por encima del 80%, presentando además amplias variaciones entre jurisdicciones (Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2016). Según Mariani & Vain, “algunos hospitales privados en Brasil y Argentina tienen tasas de cesáreas que se acercan al 90%” (2019, p. 2).

Las diferencias marcadas entre el hospital público y las instituciones pertenecientes al sector de obras sociales y prepagas en Argentina se explicarían no sólo por los aspectos sociales y económicos sino también, por los escenarios donde el parto se encuentra asistido por obstétricas o por obstetras con atención personalizada (Casavilla et al., 2014, p. 3).

Es destacable que, en Argentina, con una prevalencia de cesáreas del 35%, solo el 44% de 3.467 cesáreas fueron indicadas por alto riesgo materno y fetal (procidencia del cordón o sufrimiento fetal; hemorragia importante antes del parto; falta de progresión del trabajo de parto; preeclampsia severa o eclampsia; situación transversa, oblicua, o presentación podálica y rotura uterina) (Belizan et al., 2018).

En los hospitales de la CABA en el 2015 se realizaron 26.667 partos de los cuales fueron 8.266 cesáreas (31%) (Buenos Aires (ciudad) (CABA). Ministerio de Salud, 2015). “Actualmente, en la gran mayoría de las instituciones médicas privadas, la tasa de cesáreas no justificada supera el 75% de los nacimientos” (Ceriani Cernadas, 2019, p. 66).

En la provincia de Corrientes, durante el año 2019 se registraron 12.876 nacimientos en el sector público, de los cuales, 5.490 (42,6%), fueron por cesárea (Ministerio de Salud Pública, 2020). Esta cifra responde a varios factores, entre ellos, los relacionados a las indicaciones obstétricas y las patologías maternas, así como también se debe tener en cuenta los factores organizacionales, sociales, económicos y culturales. Dentro de los determinantes no clínicos se destacan la cesárea a demanda, por pedido de la embarazada y las conductas médicas originadas en la llamada medicina defensiva, porque nacen de la necesidad del profesional de protegerse.

Los embarazos de alto riesgo causarían que la tasa de cesárea sea mayor en las maternidades con mayor complejidad. Por el contrario, informes estadísticos oficiales de la provincia de Corrientes han reportado que, si bien los embarazos de mayor riesgo son derivados a las maternidades de mayor complejidad, la proporción de cesáreas en ellos es inferior a la registrada en algunas instituciones de menor complejidad.

3 CAPITULO III: Resultados y Discusión

3.1 Resultados

3.1.1 Indicadores de Hospitalización:

Los indicadores de internación de las 5 regiones sanitarias, las 13 instituciones de salud y los servicios de obstetricia de cada hospital desde 2015 a 2019 se detallan en las tablas de anexos.

Se incluyeron 13 instituciones de salud pública de la provincia que realizan partos vaginales y cesáreas, de las cuales el hospital “José R. Vidal” es el de mayor complejidad (IIIB), 5 son regionales y 7 cabecera de Departamento

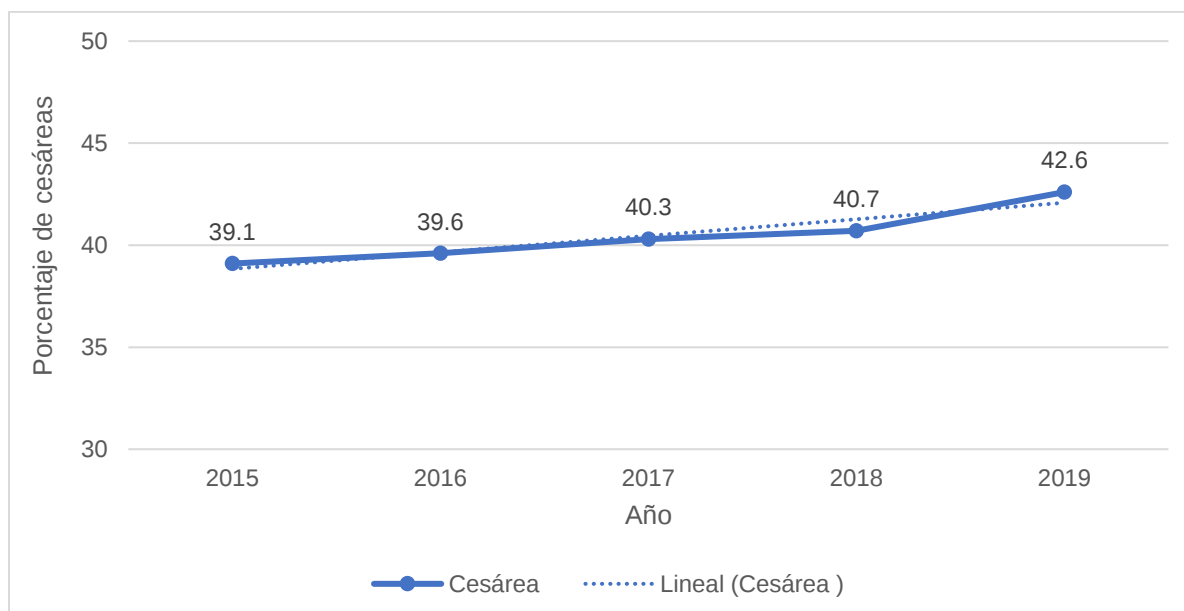
En el año 2017 la maternidad que funcionaba en el Hospital J. R. Vidal se trasladó al Hospital Materno-Neonatal Eloísa T. de Vidal, siendo este el de mayor complejidad (IIIB).

3.1.2 Evolución de la Proporción de Cesárea en la Provincia de Corrientes 2015-2019

En el sector público de la provincia de Corrientes entre los años 2015 y 2019 la cantidad de nacimientos pasó de 13.932 a 12.876 y el número de cesáreas de 5.445 a 5.490, con aumento de la tasa de 39,1% a 42,6%. Figura N°8

Figura 8

Evolución anual de la proporción de cesáreas en la Provincia de Corrientes, periodo 2015-2019 (n=67.102)



Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Se describe el número absoluto de partos vaginales y abdominales con la proporción de cesáreas de cada servicio de obstetricia de las 13 maternidades de la provincia de Corrientes, por año desde 2015 a 2019. Tablas N°4, 5, 6, 7 y 8.

Tabla 4*Número de partos y proporción de cesáreas por Hospitales de la Provincia de Corrientes, año 2015*

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
Central Juan Ramón Vidal	2.947	1.634	1.313	44,6
Regional I Angela I. de Llano	2.427	1.893	534	22,0
Regional II de Saladas	835	410	425	50,9
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	688	343	345	50,1
Regional III de Goya	1.708	1.186	522	30,5
Cabecera de Esquina (Reg. III)	480	255	225	46,9
Regional IV de Curuzú	797	441	356	44,7
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	650	391	259	39,8
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	177	103	74	41,8
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	725	450	275	37,9
Regional V de Santo Tomé	897	380	517	57,6
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	528	284	244	46,2
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	437	199	238	54,5

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla 5***Número de partos y proporción de cesáreas por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2016*

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
Central Juan Ramón Vidal	2.692	1.580	1.112	41,3
Regional I Angela I. de Llano	2.060	1.577	483	23,4
Regional II de Saladas	879	445	434	49,4
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	613	298	315	51,4
Regional III de Goya	1.768	1.205	563	31,8
Cabecera de Esquina (Reg. III)	425	213	212	49,9
Regional IV de Curuzú	697	382	315	45,2
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	722	464	258	35,7
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	241	148	93	38,6
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	758	520	238	31,4
Regional V de Santo Tomé	869	333	536	61,7
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	613	270	343	56
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	385	179	206	53,5

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla 6*Número de partos y proporción de cesáreas por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2017.*

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
Central Materno-Neonatal ET de Vidal	2.945	1.835	1110	37,6
Regional I Angela I. de Llano	2.040	1.527	513	25,1
Regional II de Saladas	1.003	539	464	46,3
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	560	259	301	53,8
Regional III de Goya	1.909	1.232	677	35,4
Cabecera de Esquina (Reg. III)	448	222	226	50,4
Regional IV de Curuzú	728	388	340	46,7
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	709	460	249	35,7
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	290	197	93	32,1
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	819	594	225	27,5
Regional V de Santo Tomé	845	326	519	61,4
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	729	286	443	60,8
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	388	160	228	58,8

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla 7***Número de partos y proporción de cesáreas por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2018*

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
Central Materno-Neonatal ET de Vidal	2.885	1.709	1.176	40,7
Regional I Angela I. de Llano	2.164	1.574	590	27,3
Regional II de Saladas	973	528	445	45,7
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	611	311	300	49,1
Regional III de Goya	2.072	1.263	809	39
Cabecera de Esquina (Reg. III)	436	245	191	43,8
Regional IV de Curuzú	715	359	356	49,8
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	643	429	214	33,3
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	209	165	44	21,1
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	856	568	288	33,6
Regional V de Santo Tomé	800	301	499	62,4
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	685	265	420	61,3
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	462	210	252	54,5

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla 8*Número de partos y proporción de cesáreas por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2019*

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
Central Materno-Neonatal ET de Vidal	2.539	1.507	1.032	40,6
Regional I Angela I. de Llano	2.097	1.512	585	27,9
Regional II de Saladas	905	434	471	52
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	671	316	355	52,9
Regional III de Goya	1.865	1.139	726	38,9
Cabecera de Esquina (Reg. III)	408	198	210	51,5
Regional IV de Curuzú	688	335	353	51,3
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	654	404	250	38,3
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	195	115	80	41,0
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	885	544	341	38,5
Regional V de Santo Tomé	737	238	499	67,7
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	610	304	306	50,2
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	437	191	246	56,3

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Se describen los datos de nacimientos vaginales y cesáreas con la proporción de las 13 maternidades durante el quinquenio 2015-2019. Tabla N°9.

Tabla 9*Número de partos y proporción de cesáreas por Hospitales de la provincia de Corrientes, 2015 a 2019*

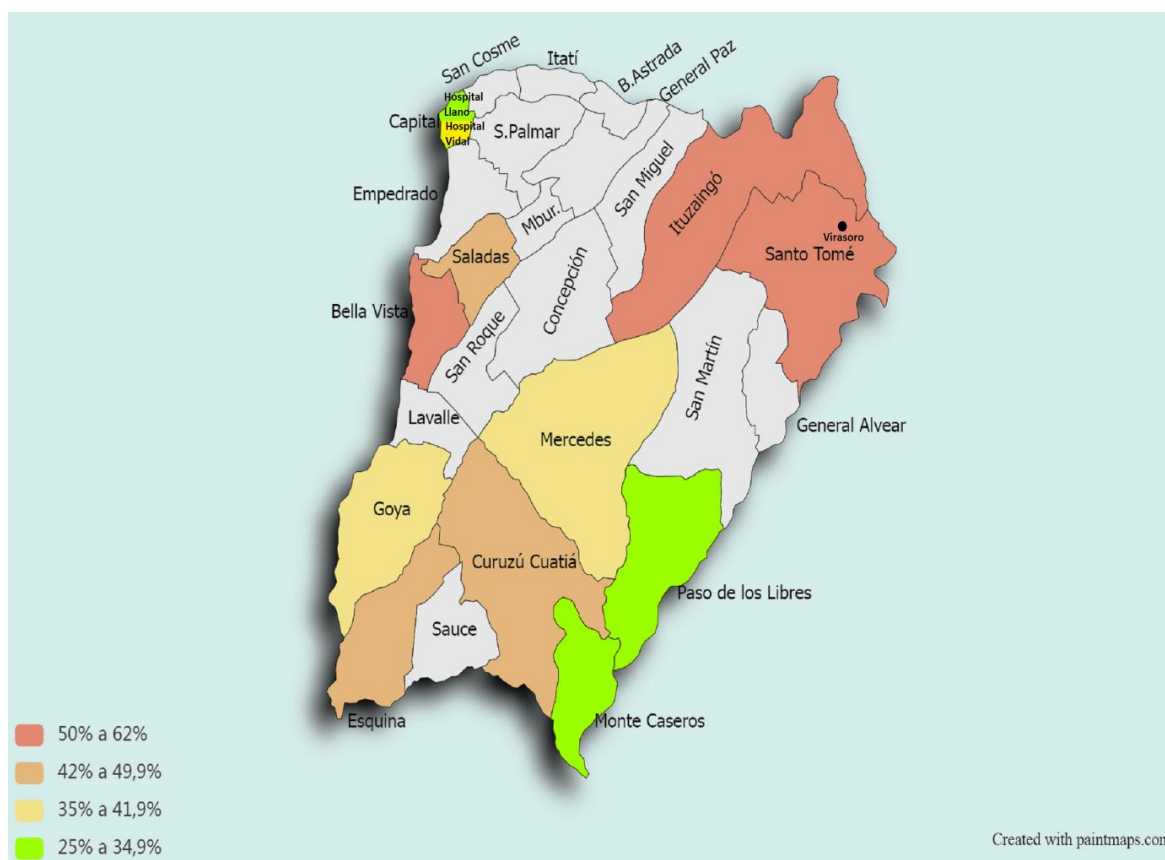
Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de partos	Número de cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
José R. Vidal y Eloísa T. de Vidal	14.008	5.743	40,9
Regional I Angela I. de Llano	10.788	2.705	25,0
Regional II de Saladas	4.595	2.239	48,7
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	3.143	1.616	51,4
Regional III de Goya	9.322	3.297	35,3
Cabecera de Esquina (Reg. III)	2.197	1.064	48,4
Regional IV de Curuzú	3.625	1.720	47,4
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	3.378	1.230	36,4
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	1.112	384	34,5
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	4.043	1.367	33,8
Regional V de Santo Tomé	4.148	2.570	61,9
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	3.165	1.756	55,4
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	2.109	1.170	55,4
Total 13 maternidades	65.633	26.861	40,9

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Nota:** José R. Vidal, 2015 y 2016. Eloísa Torrent de Vidal, 2017, 2018 y 2019.

En la siguiente figura se exhibe la proporción de cesáreas durante el quinquenio 2015-2019 ordenada en cuatro grupos de menor a mayor: 1) Grupo con la tasa más baja de 25% hasta la tasa media nacional, de 34,9% (Llano, Paso de los Libres y Monte Caseros) 2) Grupo con tasa intermedia desde la tasa media nacional de 35% hasta la tasa media provincial de 41,9% (Goya, Mercedes y Vidal), 3) Grupo con tasa alta, desde la media provincial de 42% hasta 49,9% (Curuzú, Esquina y Saladas) y 4) Grupo de tasa muy alta de 50% a 62% (Bella Vista, Ituzaingó, Virasoro y Santo Tomé). Figura N°9

Figura 9

Hospitales de la provincia de Corrientes, ordenados según la proporción de cesáreas durante el quinquenio 2015-2019.



Fuente: elaboración propia

3.1.3 Proporción de Cesárea por Complejidad 2015-2019

La proporción de cesárea de cada institución pública por complejidad, clasificados como de nivel II (10 centros), IIIA (2 centros) y IIIB (1 centro), durante los años 2015 a 2019 Se presentan en la Tablas N°10, 11 y 12.

Tabla 10*Proporción de cesáreas en Hospitales de Nivel 2 de la provincia de Corrientes, año 2015-2019*

Hospitales de Nivel 2	Cesárea 2015 (%)	Cesárea 2016 (%)	Cesárea 2017 (%)	Cesárea 2018 (%)	Cesárea 2019 (%)
Regional II de Saladas	50,9	49,4	46,3	45,7	52
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	50,1	51,4	53,8	49,1	52,9
Cabecera de Esquina (Reg. III)	46,9	49,9	50,4	43,8	51,5
Regional IV de Curuzú	44,7	45,2	46,7	49,8	51,3
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	39,8	35,7	35,7	33,3	38,3
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	41,8	38,6	32,1	21,1	41,0
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	37,9	31,4	27,5	33,6	38,5
Regional V de Santo Tomé	57,6	61,7	61,4	62,4	67,7
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	46,2	56	60,8	61,3	50,2
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	54,5	53,5	58,8	54,5	56,3

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla 11***Proporción de cesáreas en Hospitales de Nivel 3A de la provincia de Corrientes, años 2015-2019*

Hospitales de Nivel 3 ^a	Cesárea 2015 (%)	Cesárea 2016 (%)	Cesárea 2017 (%)	Cesárea 2018 (%)	Cesárea 2019 (%)
Regional I Angela I. de Llano	22,0	23,4	25,1	27,3	27,9
Regional III de Goya	30,5	31,8	35,4	39	38,9

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla 12***Proporción de cesáreas en Hospital de Nivel 3B de la provincia de Corrientes, años 2015-2019*

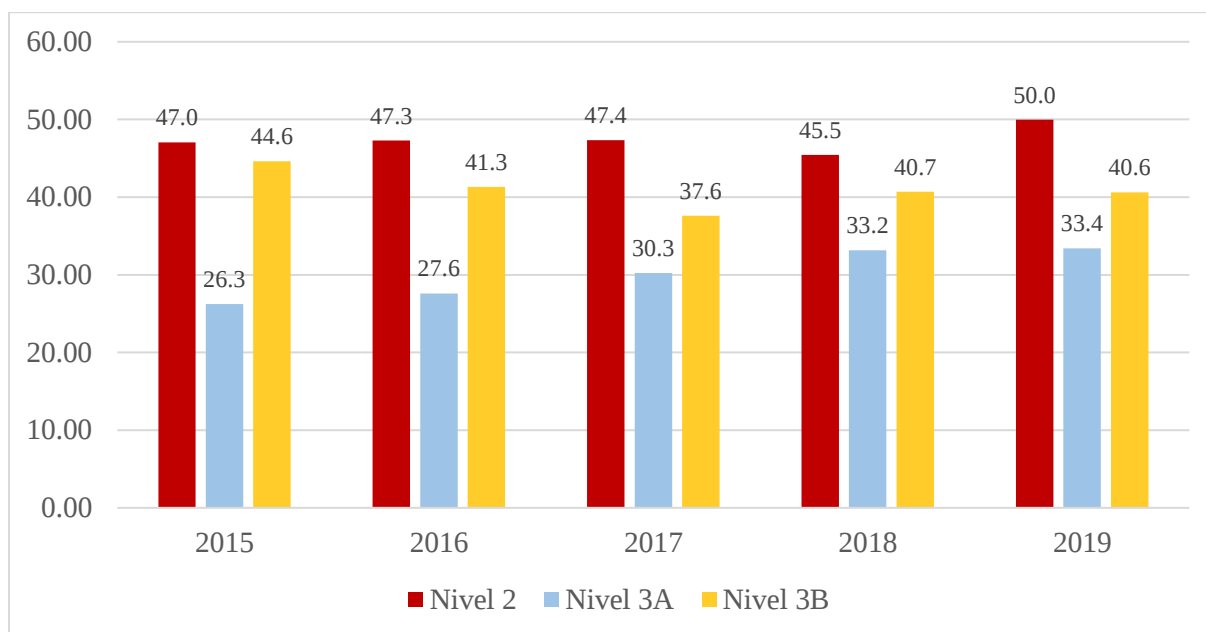
Hospitales de Nivel 3B	Cesárea 2015 (%)	Cesárea 2016 (%)	Cesárea 2017 (%)	Cesárea 2018 (%)	Cesárea 2019 (%)
José R Vidal y Materno-Neonatal Eloísa Torrent de Vidal	44,6	41,3	37,6	40,7	40,6

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Nota:** José R. Vidal, 2015 y 2016. Eloísa Torrent de Vidal, 2017, 2018 y 2019.

En la figura N°10 se observa la proporción de cesareas por niveles de complejidad y por año. El porcentaje en el nivel II fue de 47% en 2015 a 50% en 2019, en el nivel IIIA entre 26% (2015) y 33% (2019) y en el nivel IIIB entre 45% (2015) y 41% (2019).

Figura 10

Proporción de cesáreas según complejidad hospitalaria de la provincia de Corrientes, año 2015-2019



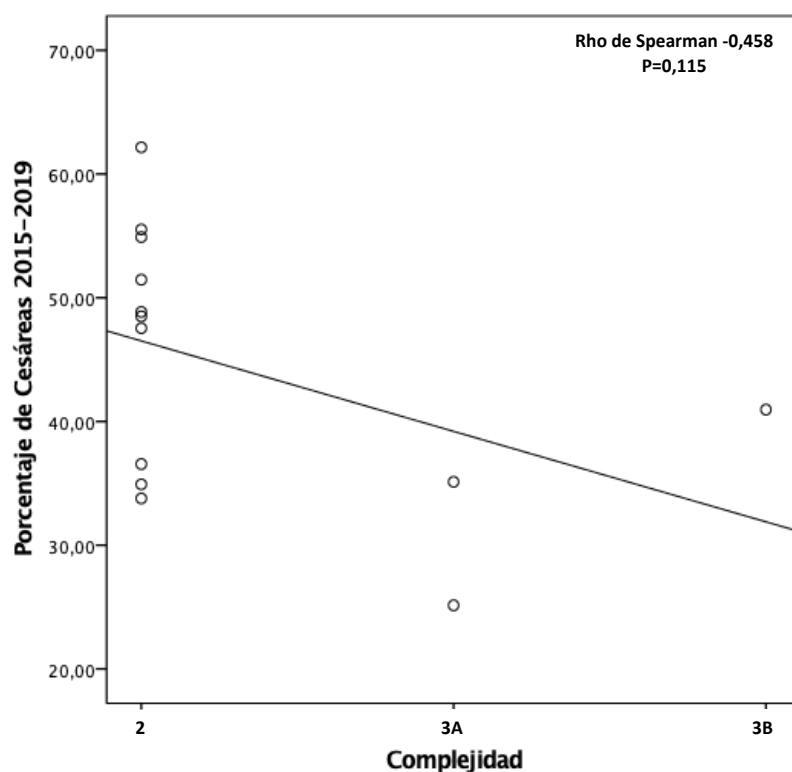
Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

3.1.4 Correlación entre Complejidad y Proporción de Cesáreas 2015-2019

La correlación entre la proporción de cesáreas y los tres niveles de complejidad por cada año, desde el 2015 a 2019, se presenta en las figuras N°A1, A2, A3, A4 y A5 de anexos. Se observó una tendencia a una relación inversa entre menor complejidad y mayor proporción de cesáreas, más marcada en el año 2019. La relación durante el total del quinquenio 2015 a 2019 se muestra en la figura N°11, donde se observó la misma tendencia no significativa.

Figura 11

Correlación entre la proporción de cesáreas y la complejidad hospitalaria de la provincia de Corrientes durante el quinquenio 2015 a 2019



Fuente: elaboración propia.

3.1.5 Causas de Cesáreas 2015-2019

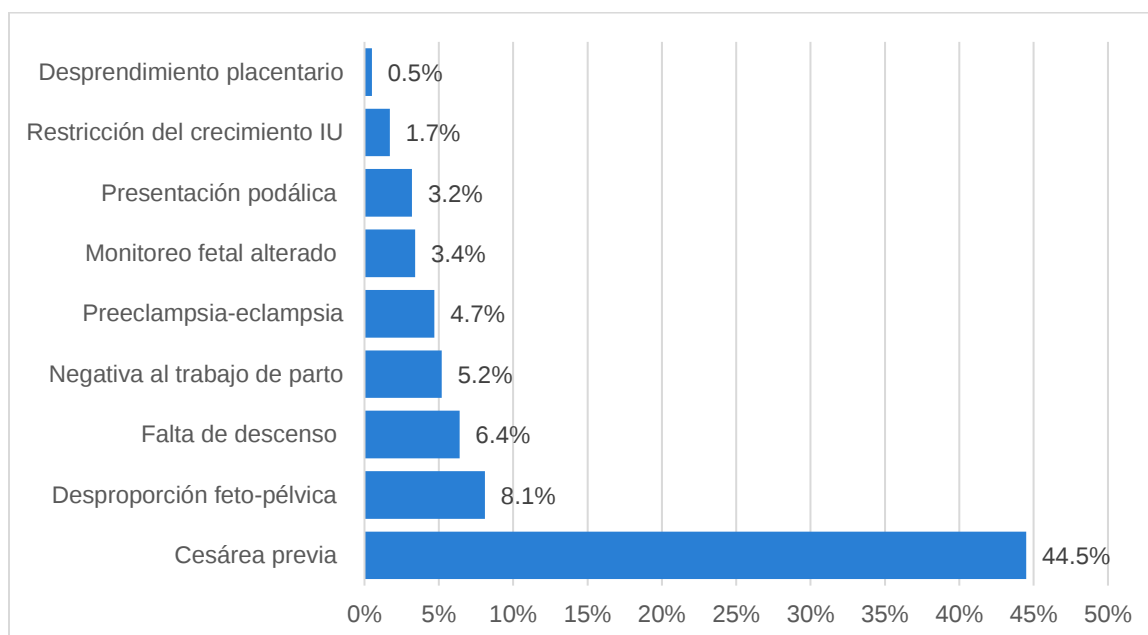
Las causas de cesárea de las maternidades de la provincia, y específicamente las indicaciones por alto riesgo materno y fetal, se analizaron en un servicio de obstetricia de cada complejidad. La maternidad de Sto. Tomé representa al nivel II, la del hospital “Angela I. de Llano al nivel IIIA y la del hospital “José R. Vidal” y el Materno Neonatal “Eloísa Torrent de Vidal” al nivel IIIB.

Durante el período 2015-2019 la maternidad de nivel II del hospital “San Juan Bautista” de Santo Tomé cargó 1.007 cesáreas en el SIP. Las indicaciones más frecuentes fueron la cesárea previa, la desproporción feto-pélvica (DFP), la falta de descenso y la negativa al trabajo de parto. Figura 12.

Las causas de riesgo constituyeron el 10,8% (109 nacimientos), de las cuales 5,7% fueron patologías maternas como la preeclampsia-eclampsia (PEE), desprendimiento de placenta normo inserta (DPNI) y otras y; 5,1% causas fetales como alteraciones en la salud fetal y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Figura 13.

Figura 12

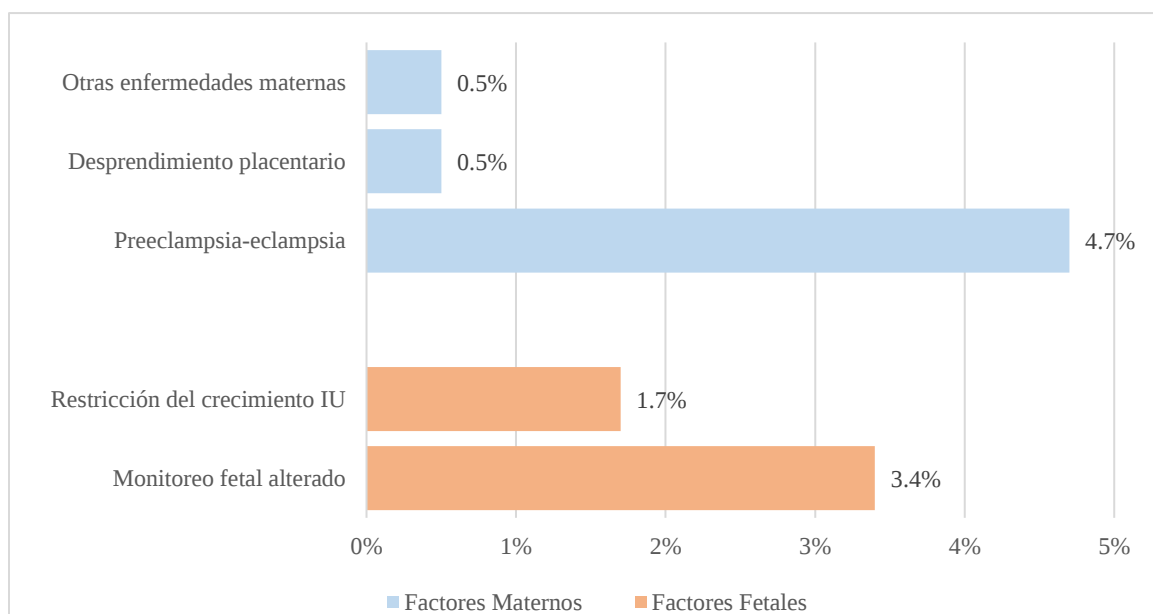
Indicaciones más frecuentes de cesárea en la Maternidad del Hospital de Sto. Tomé de la Región V de la provincia de Corrientes, en el período 2015-2019, (n= 1.007)



Fuente: elaboración propia con datos extraídos del SIP.

Figura 13

Indicación de cesárea por riesgo, según causas fetales y maternas en la Maternidad del Hospital de Sto. Tomé de la Región V de la provincia de Corrientes, en el período 2015-2019, (n= 1.007)

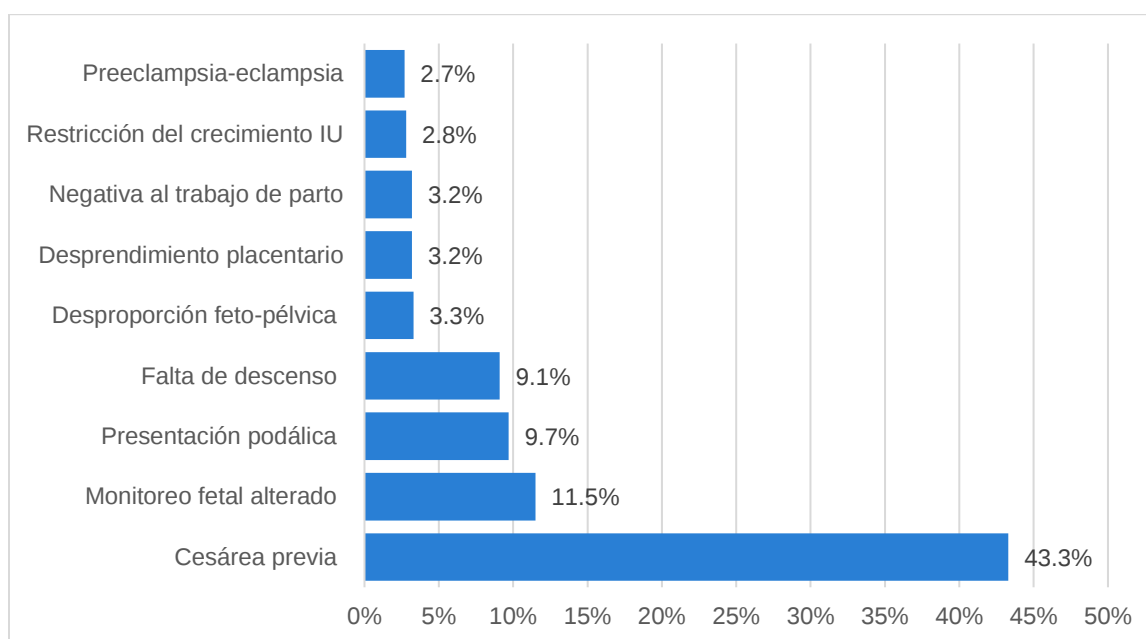


Fuente: elaboración propia con datos extraídos del SIP.

En el quinquenio 2015-2019 en la maternidad de nivel IIIA del Hospital “Angela I. de Llano” se cargaron 2.587 partos en el SIP. Las indicaciones más frecuentes fueron la cesárea previa, el monitoreo fetal alterado, la presentación podálica, la falta de descenso, la DFP, el DPNI y la negativa al trabajo de parto (TP). Figura N°14.

Figura 14

Indicaciones más frecuentes de cesárea en la Maternidad del Hospital Angela Llano de la Región I de la provincia de Corrientes, en el período 2015-2019, (n= 2587)

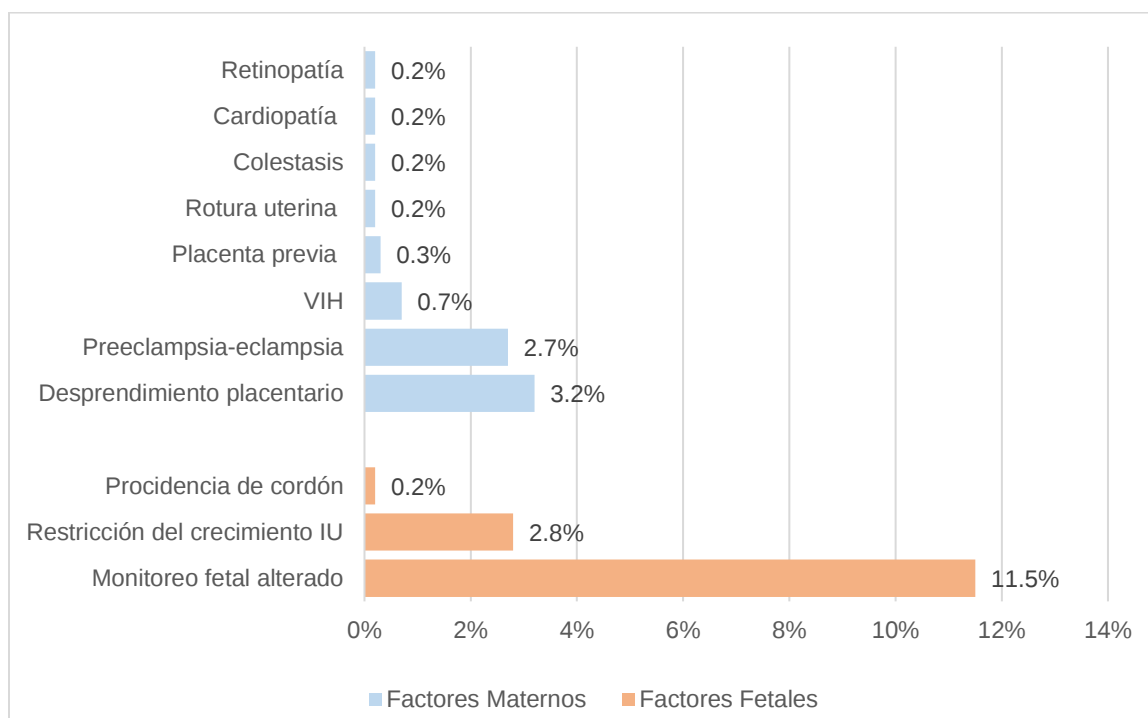


Fuente: elaboración propia con datos extraídos del SIP.

El total de las cesáreas por gestación de alto riesgo conformaron el 22,3% (581) de los nacimientos, de las cuales, las causas por alteración de la salud fetal fueron 14,5%; incluyendo monitoreo fetal alterado, RCIU y procidencia de cordón, y las causas de riesgo materno fueron 7,8%; incluyendo DPPNI, PEE, VIH, placenta previa, rotura uterina (RU), colestasis, cardiopatías y retinopatía. Figura N°15.

Figura 15

Indicación de cesárea por riesgo, según causas fetales y maternas en la Maternidad del Hospital Ángela Llano, región I, de la provincia de Corrientes, en el período 2015-2019. (n=2.587)



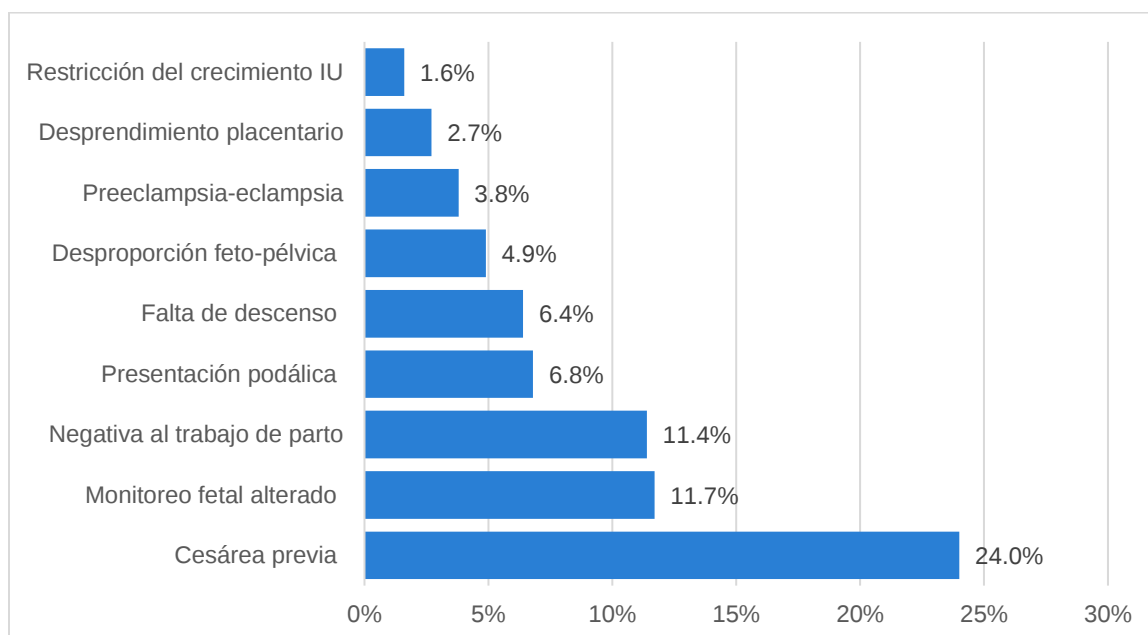
Fuente: elaboración propia con datos extraídos del SIP.

En la maternidad de nivel IIIB del hospital “José R. Vidal” durante 2015 y 2016 y del Materno Neonatal” Eloísa Torrent de Vidal” durante 2017, 2018 y 2019, se cargaron 4.416 nacimientos en el SIP. Las indicaciones más frecuentes fueron la cesárea previa, el monitoreo fetal alterado, la negativa al TP, la presentación podálica, la falta de descenso y la DFP. Figura N°16.

Las causas de riesgo constituyeron el 22,2% (989 nacimientos), de las cuales las causas por alteración de la salud fetal fueron 13,3%; incluyendo monitoreo fetal alterado y RCIU y las causas de riesgo materno fueron 8,9%; incluyendo PEE, DPPNI, placenta previa, VIH, y otras. Figura N°17.

Figura 16

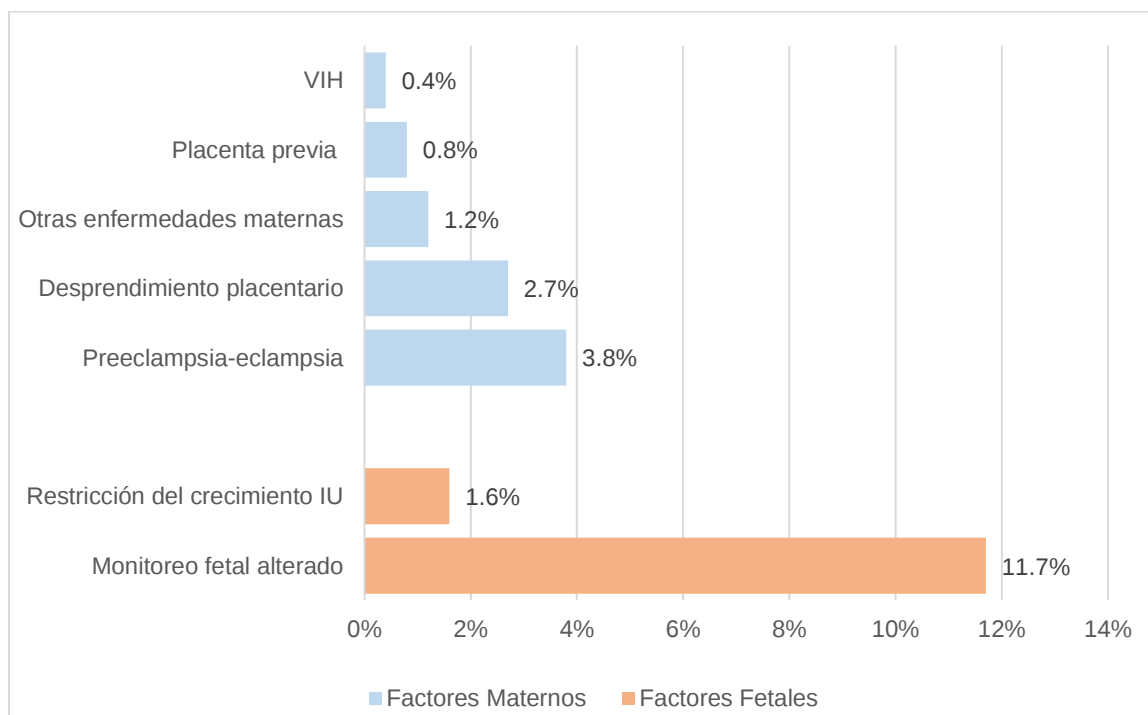
Indicaciones más frecuentes de cesárea en la Maternidad del Hospital Vidal de la Región I de la provincia de Corrientes, en el período 2015-2019, (n= 4616)



Fuente: elaboración propia con datos extraídos del SIP.

Figura 17

Indicación de cesárea por riesgo, según causas fetales y maternas en la Maternidad del Hospital Vidal de la Región I de la provincia de Corrientes, en el período 2015-2019, (n= 4616)



Fuente: elaboración propia con datos extraídos del SIP.

3.1.6 Recursos humanos 2015-2019

La información sobre los recursos humanos de las 13 maternidades se detalla en la tabla N°13.

Tabla 13

Recursos humanos por Hospitales de la provincia de Corrientes, años 2015-2019

Hospitales de la provincia de Corrientes	Médico Generalista	Médico Cirujano	Médico Obstetra	Médico Anestesiista	Obstétrica
Central Materno-Neonatal ET de Vidal	si	si	si	si	No
Regional I Angela Llano	si	si	si	si	Si
Regional II de Saladas	si	si	si	si	No
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	si	si	si	si	No
Regional III de Goya	si	si	si	si	Si
Cabecera de Esquina (Reg. III)	si	si	si	si	No
Regional IV de Curuzú	si	si	si	si	No
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	si	si	si	si	No
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	si	si	si	si	No
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	si	si	si	si	Si
Regional V de Santo Tomé	si	si	si	si	No
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	si	si	si	si	No
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	si	si	si	si	No

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de la Dirección de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud. Corrientes.

Dentro de los recursos humanos también se considera la Residencia de Tocoginecología y la de Obstétricas.

Las 2 maternidades de Corrientes, capital, en el período 2015-2019 tuvieron Médicos residentes de tocoginecología en forma regular, también la maternidad de Goya, sin embargo, en ese hospital el ingreso y la permanencia de los residentes no fue estable en todo el quinquenio.

Es relevante destacar que solamente el hospital “Angela I. de Llano” poseía Residencia de Obstétricas durante el quinquenio 2015-2019.

3.2 Interpretación y Discusión

3.2.1 Indicadores de Salud del Contexto

En la provincia de Corrientes, durante los 5 años estudiados (2015 a 2019) el número de egresos por año en el sistema público descendió de 89.770 en el 2015 a 86.734 en 2019 (3,4%), con reducción también del promedio de estadía de 4,16 a 3,7 días, del número de partos de 13.932 a 12.876 (7,6%) y, la proporción de partos sobre el total de egresos de 15,5% en 2015 a 14,8% en 2019. El descenso de egresos en el sistema público puede originarse en diferentes razones, como ser, mayor utilización del sector privado, aumento en la resolución de patologías por la vía ambulatoria y también podría deberse a subregistros en algunas instituciones. La disminución en los días de estada es una propensión en todos los sectores del sistema de salud, tanto públicos como privados, que obedece a factores económicos (costo hospitalario), a razones de bioseguridad, ya que la menor hospitalización implica menor frecuencia de infecciones intrahospitalarias y, por otro lado, a la utilización de técnicas menos invasivas con menor morbilidad que permiten una recuperación más rápida del paciente. El costo es un factor importante en el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, y las cesáreas representan un gasto significativo para los sistemas sanitarios, ya de por sí sobrecargados y debilitados (Gibbons et al., 2012).

La tendencia decreciente del número de nacimientos en toda la región posee determinantes sociales, culturales y económicos que provocan la postergación de la maternidad en las mujeres y también, determinantes del sistema de salud que originan mayor accesibilidad y utilización de la comunidad a los métodos anticonceptivos.

Al examinar las 5 regiones sanitarias durante el quinquenio 2015 a 2019, se destaca que la **región 1**, en la que reside alrededor de 45% del total de la población de la provincia, concentró el 46% del total de los egresos en ese periodo (209.541 de 451.680) así como también tuvo el mayor promedio de días de estada (5,3) y la mayor ocupación de cama de todas las regiones (60%). Además, del total de los 67.102 nacimientos que ocurrieron durante los cinco años en el sector público de la provincia, 37% fueron en esta región (24.949). Sin embargo, presentó la menor proporción de partos sobre el total de egresos (12%).

La **región 1**, donde se encuentran las maternidades de complejidad IIIA y IIIB con 37% de los nacimientos, presentó durante el quinquenio 2015-2019, la menor proporción de cesáreas (33,8%) mientras que, la **región 5**, donde se realizó el 15% (10.059 de 67.182) de los partos, mostró la mayor proporción de nacimientos por vía abdominal (56,6%). Según la OMS “las tasas de cesárea de los establecimientos sanitarios varían en gran medida según las diferencias en la casuística de las poblaciones obstétricas a las que estos brindan atención, su capacidad, recursos y los protocolos clínicos” (2015, p.3).

En la región 1 la mayoría de los nacimientos ocurren en las 2 maternidades de la ciudad capital, la del Llano y la del Vidal mientras que, en la región 5 pueden atenderse en la regional de Sto. Tomé y en las de cabecera de Ituzaingó y de Virasoro. Con respecto a la frecuencia de cesáreas podría explicarse por diversos factores, relacionados con los determinantes clínicos y no clínicos del modo de parto.

Las 13 Instituciones que atienden partos por vía vaginal y abdominal reunieron, durante el quinquenio, el 58% (263.320 de 451.680) de todos los egresos y el 97% (65.034 de 67.102) de los nacimientos del sistema público de la provincia y, la relación de nacimientos sobre egresos totales fue del 25%. Cuando se describe donde se asisten los nacimientos del sistema público en la provincia, se observa que la mayoría ocurren en las 13 instituciones que cumplen con las condiciones CONE y que atienden partos tanto por vía vaginal como por cesárea. En estos centros, 1 de cada 4 egresos de la institución es por nacimiento.

Al examinar la producción durante los 5 años (2015 a 2019) de los **Servicios de Obstetricia de los 13 hospitales que integran el estudio**, se registraron en promedio 18.657 egresos por año, de los cuales 6.984 fueron de las 2 maternidades de la **región 1** (37,4%). El menor promedio de días de estada lo tienen los Servicios de Obstetricia de la **región 5**, Virasoro e Ituzaingó (1,6 y 1,8) y los de la **región 2**, Bella Vista y Saladas (1,8 y 2,1), mientras que, el mayor lo tienen en la **región 1**, los **Servicios del Llano y Vidal** (3,9 y 5,8). En cuanto a la ocupación de cama, el menor porcentaje (18,5%) se encontró en el Servicio de Monte Caseros de la región 4 y el mayor en los Servicios de la región 1 de los Hospitales Vidal (70%) y Llano (87%).

Las 2 maternidades, la del hospital regional 1 “Angela I. de Llano y la del hospital central “José R. Vidal durante 2015 y 2016 que después se trasladó al Materno-Neonatal “Eloísa Torrent de Vidal en 2017, además de asistir los nacimientos de la región 1 con mayor densidad poblacional, también reciben las derivaciones de las otras 4 regiones. Estas derivaciones habitualmente son de pacientes con diversas patologías que necesitan el uso de tecnología y equipamientos más complejos y sobre todo recursos humanos entrenados. Todo esto conlleva al incremento en los días de estada y también al mayor porcentaje de ocupación de cama, esto último es más manifiesto en la maternidad del Llano, donde 9 de cada 10 camas están ocupadas.

En Argentina, según el informe anual del SIP Gestión de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, se vio un incremento sostenido en la tasa de nacimientos por cesárea en el sector público que se acentuó en el ultimo tiempo, pasando de 30% en 2016 a 35,7% en 2018 (2019). En el subsector de obras sociales y prepagas en algunos centros superó el 80% (Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2016).

En la provincia de Corrientes, al examinar los nacimientos entre 2015 y 2019, se observó una reducción en más de 1.000 partos (13.932 a 12.876), con un número de cesáreas que se mantuvo estable (5445 y 5490), pero con un aumento de la proporción de 3,5% en los cinco años, desde 39,1% en 2015 hasta 42,6% en 2019. Estos datos superan a los hospitales de la CABA donde se realizaron 26.667 partos en 2015, de los cuales 8.266 (31%) fueron cesáreas (CABA. Ministerio de Salud, 2015).

3.2.2 Frecuencia de Cesárea y Complejidad de la Institución

Varios estudios examinaron la complejidad de los centros y su influencia en la frecuencia de cesáreas. En el entorno del nacimiento es necesario considerar los recursos materiales, y las relaciones entre humanos y sistemas (Kingdon et al., 2018).

Las 13 instituciones examinadas mostraron gran variación en la cantidad de nacimientos, desde menos de 500 partos por año, como los hospitales de Esquina (Región 3), Monte Caseros (Región 4) e Ituzaingó (región 5) hasta más de 2.000 partos por año, como los hospitales Llano y Vidal de la ciudad de Corrientes (región 1).

La cantidad de nacimientos de una institución es un factor que interviene en la calidad de atención ya que está en relación con la disponibilidad, experiencia y capacitación del recurso humano, la infraestructura y equipamientos adecuados, la accesibilidad a sangre segura, a exámenes complementarios, quirófano y demás condiciones esenciales para poder realizar partos. Así pues, el relevamiento de los centros obstétricos de la Argentina encontró una relación directa entre el cumplimiento de las CONE y el número de partos, y sugiere que el punto de corte estaría alrededor de los 1.000 nacimientos anuales, ya que el cumplimiento de esas condiciones es menor en las maternidades de menos de 500 partos (Speranza, 2011, pp. 46-47).

En cuanto a la proporción de cesáreas durante los 5 años (2015 a 2019) en los 13 centros obstétricos, se encontró una tasa de 25% en el hospital regional 1 del Llano, hasta tasas mayores de 50% en los hospitales de cabecera de Bella Vista (región 2) Virasoro e Ituzaingó (región 5), llegando a una tasa de 61,9 % en el regional 5 de Santo Tome.

Es decir, que una de las maternidades de la capital, centro de referencia que recibe derivaciones, sobre todo de las regiones 1 y 5, exhibe la menor tasa de cesáreas de toda la provincia. Por el contrario, en la región 5 sus 3 centros obstétricos tienen más del 50%, y de cada 10 nacimientos que ocurren en ellos, 6 son por vía alta. Por consiguiente, si bien la complejidad es un determinante, está conformada por diversos elementos que pueden tener más relevancia en una institución que en otra.

En todos los entornos, la complejidad del sistema de salud puede ser percibida como una barrera para las intervenciones simples y estandarizadas para reducir las cesáreas innecesarias. Esto puede deberse en parte al impacto de los factores no clínicos, como los procesos de gestión, las normas, los reglamentos y los diversos comportamientos y actitudes de los recursos humanos (Yazdizadeh et al., 2011).

Las maternidades de la República Argentina se clasifican de acuerdo con su complejidad para la atención de la embarazada según las categorías del Ministerio de Salud del año 2003. En la provincia de Corrientes las 13 instituciones se categorizaron en 3 niveles. Las de internación general sin UTI que pertenecen al nivel II con 10 maternidades, las de mayor complejidad perinatal con UTI que corresponden al nivel III que, se subdivide en nivel IIIA, con 2 maternidades (1 en Goya y 1 en la ciudad de Corrientes) y IIIB, la de máxima complejidad perinatal, con 1 maternidad central en Corrientes, capital.

Los 10 centros obstétricos de nivel II se encuentran distribuidos en las regiones 2, 3, 4 y 5 de la provincia. Las 2 de nivel IIIA se encuentra 1 en el regional 3 de Goya y 1 en el regional 1 de capital, (hospital Llano) y el único centro IIIB asienta en la capital.

De las 10 instituciones que forman parte del nivel II, ocho presentaron aumento en la proporción de cesáreas durante el periodo 2015-2019, mientras que las de cabecera de Mercedes y Monte Caseros, ambos de la región 4, mostraron una proporción estable. Particularmente, es necesario mencionar el incremento de 57,6% a 67,7% que se produjo en el hospital regional 5 de Santo Tomé.

Las 2 maternidades de nivel IIIA mostraron un aumento en la tasa de 2015 a 2019 de 6% en “Ángela I. de Llano” (22,0% a 27,9%) y 8% en Goya (30,5% a 38,9%). Si bien estos dos centros IIIA presentan las tasas más bajas de la provincia, su tendencia en este periodo fue de crecimiento, que se acentuó en el hospital de Goya.

Finalmente, la maternidad de mayor complejidad, de nivel IIIB, muestra un descenso de 4% en los 5 años (44,6% a 40,6%). Es de destacar que el centro con mayor complejidad de la provincia muestre este comportamiento en contraposición a todas las demás, si bien es cierto que continúa siendo una tasa alta.

Se valoró la relación entre los 3 niveles de complejidad hospitalaria y la proporción de cesárea a través del gráfico de Pearson, donde no se observó una correlación significativa, analizado anualmente y en el período completo. Sin embargo, hay una tendencia descendente, que muestra que al aumentar la complejidad disminuye la proporción de cesáreas. Contrariamente a lo esperado, existió una propensión a poseer mayor tasa de cesáreas en las instituciones de menor complejidad.

Para valorar la evolución por categorías de complejidad en el periodo 2015 a 2019, se reunieron las 10 instituciones de nivel II y se calculó la tasa de cesáreas, que se incrementó desde 47% en 2015 hasta 50% en el 2019. En los centros obstétricos de este nivel, de cada 10 nacimientos en 2019, 5 fueron a cesárea. Esto muestra que además de la complejidad de la institución existen otros elementos propios de cada centro que influyen en las decisiones. Un estudio de Michigan encontró que la tasa de parto vaginal después de la cesárea, entre 2012 y 2016, variaron casi 10 veces (3,7%-35,5%), lo cual puede ser explicado por las características medibles de la paciente y del hospital (Triebwasser, et al., 2019, p. 5).

Por otro lado, la unificación de los dos hospitales de nivel IIIA mostró un aumento de la tasa de 26% en 2015 a 32% en 2019. En los hospitales de este nivel, 3 de cada 10 partos fueron a vía alta. Se debe considerar que son 2 de los 3 centros que contaban en ese periodo con obstétricas. El rol de este recurso humano en el manejo del trabajo de parto y parto dependerá de la complejidad y de cada institución. Un estudio reportó que las actividades realizadas por las parteras en el diagnóstico, atención al parto eutócico y control puerperal difieren entre los distintos niveles de atención hospitalaria, siendo menores cuanto mayor es el nivel del hospital. “Esta situación podría deberse a que, en los hospitales de alta tecnología, la obstétrica comparte competencias con otros profesionales. El nivel de autonomía

profesional de la partera depende pues directamente de la complejidad del centro donde ejerce” (Corchs et al., 2006, p. 10).

El funcionamiento en equipo, donde las parteras trabajan en la contención y atención de los nacimientos de bajo riesgo y, por otro lado, los obstetras se ocupan del manejo de los embarazos de mayor riesgo, podría traer como consecuencia una menor tasa de cesárea. Una revisión de 29 estudios, la mayoría (20 estudios) realizados en países de ingresos altos, que reclutaron una población mixta de mujeres embarazadas, incluyendo nulíparas, multíparas, con miedo al parto, con altos niveles de ansiedad y aquellas que se habían sometido a una cesárea previa, encontró que la atención colaborativa de obstetricia (en la que el obstetra brinda cobertura interna del trabajo de parto y el parto, las 24 horas del día, sin tareas clínicas contrapuestas) redujo la tasa de cesáreas primarias comparado con un modelo de atención de práctica privada. Además, la tasa de cesáreas disminuyó 7% en el año posterior a la intervención y 1,7 % por año a partir de entonces; y la tasa de parto vaginal después de la cesárea aumentó del 13,3% al 22,4% después de la intervención (Chen et al., 2018).

Por último, el hospital de mayor complejidad, IIIB presentó una tasa de 45% en 2015, descendiendo a 41% en 2019, por lo que 4 de cada 10 nacimientos culminaron en cesárea. Es destacable el descenso de la tasa, si bien se mantiene en niveles elevados, a pesar de ser el centro de recepción de las pacientes con las patologías más complicadas. Perrota et al., establecieron que 6 de cada 10 participantes del equipo de salud estuvieron de acuerdo en que el uso de cesárea está asociado con el número de casos complejos. Además, las innovaciones diagnósticas y comorbilidades fueron señaladas como determinantes del uso de cesárea (2022, p. 7). También se debe tener en cuenta que el tipo de hospital, su pertenencia al sector de atención público o privado, si es universitario y/o un centro de referencia regional, influyen en la aceptabilidad y viabilidad de intervenciones específicas para reducir las tasas de cesáreas (Behruzi et al., 2010).

3.2.3 Causas de Cesárea

La operación cesárea ha sido utilizada a lo largo del tiempo por razones asociadas a diversas complicaciones obstétricas u otras indicaciones clínicas. No obstante, la frecuencia de partos por cesárea electiva sin una indicación médica determinada está aumentando aceleradamente.

Para examinar las causas de cesárea en el sistema público de la provincia de Corrientes durante 2015 a 2019 se observaron 3 instituciones, una de cada complejidad.

La maternidad de nivel II que se valoró fue la de Santo Tomé, donde se encontró que la causa más común fue la cesárea previa con 44,5%, seguida de la desproporción feto pélvica en 8,1% y la falta de descenso en 6,4%. Por otro lado, llama la atención que la cuarta causa más frecuente fue la cesárea a demanda con 5,2%, superando a las indicaciones por patologías como preeclampsia-eclampsia, alteraciones de la salud fetal y RCIU.

La maternidad de nivel IIIA que se examinó fue la del hospital “Ángela I. de Llano” y dentro de las causas, se destacó la cesárea previa representando 4 de cada 10 cirugías. La segunda causa fue el monitoreo fetal alterado. Si bien la vigilancia de la salud fetal en los embarazos de alto riesgo es de gran utilidad, se debe asumir que es un elemento que provoca incremento en la tasa de cesáreas, como así también, que posee falsos positivos. La presentación podálica y la falta de descenso fueron la 3ra. y 4ta. causa, con más del 9%. La negativa al trabajo de parto figura en séptimo lugar de frecuencia con 3,2% y las patologías como la preeclampsia- eclampsia y la RCIU figuran en 8vo. y 9no. lugar.

Las cesáreas previas son las causas más comunes de un parto por vía abdominal en un próximo embarazo. Esto conlleva a repensar, consultar y consensuar la decisión antes de efectuar la primera cesárea ya que, esta condicionará el modo de nacimiento en las futuras gestaciones. De todos modos, cuando ya se tiene un embarazo con el antecedente de cesárea, se debería brindar la posibilidad de la prueba del trabajo de parto con un apropiado asesoramiento y seguimiento para mejorar la tasa de éxitos. El parto posterior a una cesárea es un método seguro y eficaz de parto vaginal para la mayoría de las mujeres con una o dos incisiones uterinas transversales bajas previas, por lo que alentarlos sigue siendo un mecanismo importante para reducir la tasa de parto por vía alta (Nagy & Papp, 2021, p. 3).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera que “la tasa de éxito del parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre el 72-76%, llegando al 87-90% si ha habido un parto vaginal previo” (Martel, MacKinnon, 2005) (2010, p. 1).

Las alteraciones en la dinámica del trabajo de parto son causas frecuentes de cesárea, como se detalló en las maternidades de Santo Tomé y del Llano, por lo cual, es importante revisar el diagnóstico de detención y falta de descenso durante el trabajo de parto ya que existen variaciones individuales en cuanto a la duración de la fase pasiva, el comienzo de la fase activa y la duración del periodo expulsivo. Por esto, se debería consensuar más flexibilidad en los tiempos de las mujeres y su trabajo de parto. También se debe destacar que, en los últimos años se ha producido un mayor aumento de las tasas de cesárea en mujeres primíparas que en mujeres multíparas (Ahmed et al., 2013).

La ACOG sostiene que una fase latente prolongada (más de 20 horas en mujeres nulíparas y más de 14 horas en mujeres multíparas) no debe ser una indicación de parto por cesárea y que, la dilatación cervical de 6 cm debe considerarse el umbral para la fase activa de la mayoría de las mujeres en trabajo de parto. Por lo tanto, antes de que se logren los 6 cm de dilatación, no se deben aplicar estándares de progreso de fase activa. Antes de diagnosticar la detención del trabajo de parto en la segunda etapa, si las condiciones maternas y fetales lo permiten, se debe considerar lo siguiente: al menos 2 horas de periodo expulsivo en mujeres multíparas (1B) y al menos 3 horas de periodo expulsivo en mujeres nulíparas (1B) (Caughey et al., 2014, p. 183).

La única maternidad de nivel IIIB es la del Hospital Vidal, donde también la causa más frecuente fue la cesárea anterior, en una proporción menor, 24%, seguido de alteraciones de la salud fetal y la cesárea

a demanda, ambas con más del 11%. La presentación podálica figura en 4to. lugar seguidas de las alteraciones en el descenso y la desproporción feto pélvica.

Cuando se examinan las causas que llevan a una cesárea, el personal de salud ha considerado que la indicación clínica es el factor principal que impulsa el uso de cesárea y, por lo tanto, las intervenciones que respaldan el proceso de toma de decisiones pueden ser beneficiosas (Perrota et al., 2022, p. 7). Esto significa; la utilización y el cumplimiento de las guías y protocolos, el seguimiento y revisión de las conductas, siempre con un carácter constructivo y no punitivo y también, la implementación de la segunda opinión antes de decidir una vía alta en pacientes que no presentan una indicación definida de la misma. Se ha demostrado que intervenciones como la segunda opinión obligatoria y la aplicación de directrices estrictas, reducen de forma segura la tasa de natalidad por cesárea (Chen et al., 2018, p. 37).

Además de las indicaciones obstétricas y/o médicas de la vía alta, se deben considerar los determinantes no clínicos de cesárea, dentro de los que se puede detallar los que dependen de la cultura organizacional, del equipo de salud y de la usuaria y su contexto.

Una revisión de la literatura para explorar la asociación entre el control prenatal y las tasas de parto por cesárea primaria para mujeres con bajo riesgo (la mayoría de las mujeres nulíparas con un feto único de edad gestacional a término y en posición de vértice se consideran de bajo riesgo y favorables para un parto vaginal) mostró que la tasa de cesárea para estas mujeres fue del 25,6 % en 2019. Por esto se ha sugerido que el aumento en la tasa de nacimientos por cesárea entre las mujeres de bajo riesgo puede no deberse a indicaciones médicas, sino a factores no médicos, como la preferencia del profesional o de la mujer o la falta de educación prenatal (Ronco, 2021).

Márquez-Calderón et al., destacan la influencia de factores relacionados con el funcionamiento del sistema sanitario en la tasa de cesárea (2011, p. 212).

La OMS enfatiza que los factores no clínicos, como la conveniencia de una cesárea, el miedo a los litigios y otros problemas organizacionales, deben reconocerse y abordarse para que las intervenciones sean exitosas (2018, p. 2).

En cuanto a los factores dependientes de la usuaria y su contexto, en este proyecto se evaluó particularmente la cesárea a demanda y se observó que se encuentra dentro de las causas más frecuentes en el nivel II y específicamente en el nivel IIIB, donde ocupa el tercer lugar con más del 11% de indicaciones, lo que enfatiza el rol cada vez más habitual de la embarazada en la elección sobre el modo de parto y destaca la relevancia de que esas decisiones sean el producto de una adecuada información tanto sobre las ventajas y desventajas de ambas vías y también especificar las complicaciones a corto, mediano y largo plazo especialmente de la vía abdominal.

Una revisión sistemática de Suecia informó que hay una falta de consenso nacional sobre lo que debe considerarse una cesárea a petición materna, lo que significa que las estadísticas al respecto son inciertas. Entre las mujeres primíparas, aproximadamente el 1-2 por ciento de los nacimientos son cesáreas a petición materna. Entre las mujeres multíparas, este número es de aproximadamente 3 al 7 por ciento,

dependiendo de si se incluyen cesáreas en las que no se da una indicación médica clara (SBU, 2021, p. 1).

También, 52 estudios cualitativos de 28 países, que abarcaron las opiniones y perspectivas de las mujeres embarazadas no embarazadas, con cesárea previa, puérperas y las parejas, realizados la mayoría en países de altos ingresos y publicados entre 2011 y 2021, observó que, los factores subyacentes a las preferencias de las mujeres tuvieron que ver principalmente con un fuerte miedo al dolor y las lesiones de la madre y el niño durante el trabajo de parto o el parto, la incertidumbre con respecto al parto vaginal y las opiniones positivas o las ventajas percibidas de la cesárea. Los hallazgos también identificaron que los factores sociales, culturales y personales, así como los atributos relacionados con los sistemas de salud, impactan en las razones subyacentes a las preferencias de las mujeres por los diversos modos de parto (Colomar et al., 2021, p. 9).

La solicitud de un parto por cesárea por conveniencia, las percepciones de las pacientes y el miedo a la alteración anatómica pélvica contribuyen a la tasa de cesárea. Los embarazos resultantes de los tratamientos de fertilidad generan una intensa presión a favor de un parto por cesárea (Antoine & Young, 2021, p. 10).

Los datos publicados indican que una de las herramientas más efectivas para mejorar el trabajo y los resultados del parto es la presencia continua de personal de apoyo, como una doula. Dado que no hay daños medibles asociados, este recurso probablemente está subutilizado. También se ha demostrado que el aumento del acceso de las mujeres a intervenciones no médicas durante el parto, como el apoyo continuo durante el trabajo de parto, reduce las tasas de nacimientos por cesárea (Caughey et al., 2014, p. 189).

En el estudio de Perrota, los servicios obstétricos mostraron una provisión adecuada de atención obstétrica de emergencia. Sin embargo, informaron deficiencias en la disponibilidad de estrategias para el manejo del dolor, como epidural, duchas calientes o técnicas de relajación, y educación prenatal limitada, todos los cuales son temas importantes para las mujeres (Perrota, et al., 2022, p. 7).

La toma de las decisiones informada tanto para los médicos como para las mujeres depende de la información precisa sobre las consecuencias de la cesárea en comparación con el parto vaginal (Lavender et al., 2011, p. 3).

3.2.4 Causas de Cesárea de Alto Riesgo

Las cesáreas del hospital de Sto. Tomé de nivel II, indicadas por alto riesgo obstétrico constituyeron el 10,8% del total, de las cuales, por causas maternas fueron 5,7% y por causas fetales 5,1%.

En las dos Maternidades de nivel III ubicadas en Corrientes, capital, que reciben derivaciones de todo el interior de la provincia, las cesáreas por riesgo materno - fetal conformaron únicamente el 22% del total de las indicaciones. En la maternidad de nivel IIIA del Llano, 14,5% fueron de origen fetal y 7,7% de origen materno, mientras que, en la maternidad de nivel IIIB del Vidal, 13,3% fueron de causas fetales y 8,9% de causas maternas.

En el nivel II una de cada 10 cesáreas es indicadas por compromiso materno-fetal, esto podría explicarse, en parte porque se derivan pacientes de mayor gravedad al nivel III. Así también, en las 2 maternidades de nivel III el parto por cesárea indicada por alto riesgo constituyó el 22% del total. Esto muestra que en la máxima categoría de complejidad únicamente 2 de cada 10 cesáreas tienen que ver con el alto riesgo obstétrico y perinatal, lo que lleva a replantearse cuánto de las indicaciones actuales de cesárea tienen que ver con el riesgo de vida para la madre y el feto.

Según Vilar y col. existen tres grandes grupos que podrían conducir a la decisión de realizar un parto por cesárea en presentación cefálica: el primero consiste en situaciones graves de emergencia obstétrica donde la operación es obligatoria, estas causas (DPPNI, placenta previa, PEE, ruptura uterina, procidencia de cordón, cardiopatías, retinopatía) en esta investigación, produjeron el 5,7% de las cirugías en el nivel II, el 7% en el nivel IIIA y el 8% en el nivel IIIB. El segundo grupo de cesárea se utiliza para prevenir posibles complicaciones perinatales, como resultado del hallazgo de alteraciones en diversos procedimientos de monitoreo de la salud fetal, siendo el responsable del 3,4% en la maternidad de nivel II y del 11,5% y 11,7% en las maternidades de nivel IIIA y IIIB respectivamente. Finalmente, el tercer grupo, que cita Vilar, son las cesáreas que están relacionadas con algunos factores socioculturales, económicos y legales, incluida la demanda de las mujeres, sin una clara indicación clínica (2007, p. 8).

Según Perrota, los médicos opinan que el aumento de las comorbilidades y las nuevas tecnologías contribuyen a un mayor uso de la cesárea (Perrota et al., 2022, p. 7).

Asimismo, los embarazos de alto riesgo causarían que la tasa de cesárea sea mayor en las maternidades con mayor complejidad, ya que son manejados habitualmente en las instituciones que cuentan con una estructura y tecnología más avanzada y también, con recursos humanos más especializados y capacitados para resolver las emergencias obstétricas (Librero et al., 2014, p. 316).

3.2.5 Recursos Humanos

Los recursos humanos fueron evaluados en forma binaria, es decir, si cada hospital contaba con ese recurso o no, sin detallar el número de ellos. Todas las instituciones tenían médicos generales, cirujanos, obstetras, y anestesiólogos. En cambio, no todas las instituciones poseían obstétricas. Los centros que contaban con este recurso durante el periodo 2015 a 2019, eran el hospital de Paso de los Libres de nivel II y las dos maternidades de nivel IIIA (Goya y Llano).

El tipo y el número de recursos humanos que conforman los equipos de salud de cada institución son uno de los factores que integran los determinantes no clínicos en la tasa de cesárea. La disponibilidad de profesionales médicos obstetras, generalistas y anestesiólogos son esenciales para un centro obstétrico. Por otro lado, las parteras son el recurso básico en el control y la atención de los partos de bajo riesgo, así como también, son las profesionales que informan y capacitan a las embarazadas y su entorno en los cursos de preparación integral para la maternidad y, además, sostienen y contienen a la gestante durante su trabajo de parto y parto.

Los estudios han demostrado asociaciones entre las tasas de cesáreas y factores no clínicos, como las diferencias en las prácticas de los proveedores de salud, el miedo a los litigios por mala praxis y los factores organizativos, económicos, sociales y culturales (Lin & Xirasagar, 2004).

Se puede señalar dentro del factor de recursos humanos varios componentes: la disponibilidad y el número de cada integrante, su experiencia y capacitación, su actitud ética ante determinadas circunstancias de su contexto como la demanda de la paciente, la influencia que recibe de la organización del centro obstétrico y cuál es su postura ante esta problemática.

Varios estudios examinaron el recurso humano en obstetricia. El personal sanitario, según una revisión sueca, opinó que la alta carga de trabajo en la atención de la maternidad puede complicar los partos, dar lugar a experiencias negativas, limitar la posibilidad de seguimiento después del parto y, por lo tanto, conducir a futuras solicitudes de cesárea (SBU, 2021, p. 9). Asimismo, Perrota y col., mostraron los recursos humanos limitados de 5 hospitales públicos de diversas regiones de Argentina, sin embargo, refieren que es difícil evaluar si la importante presión de la demanda de los hospitales es un factor que contribuye a la tasa más alta de cesárea (2021, p. 13).

Otra investigación de cohortes retrospectiva de los partos de los 11 hospitales de una red perinatal francesa entre 2008-2014 (N = 102.236), halló una asociación entre el número la cuantía del personal de la maternidad y el uso del parto por cesárea. La dotación de personal de obstetras y parteras tuvo un impacto significativo en el uso de partos por cesárea intraparto y electivos, respectivamente. A medida que aumentó el número de obstetras por cada 100 partos por unidad, disminuyó la tasa de partos por cesárea intraparto. Del mismo modo, a medida que aumentó el número de parteras por cada 100 partos por unidad, la tasa de cesárea electiva disminuyó. Cuantas más parteras, mayor sería su participación potencial en la atención del embarazo (Zbiri et al., 2018).

Acerca del entrenamiento y capacitación del personal de salud de obstetricia, se encontró que la falta de experiencia con los partos vaginales asistidos en algunos entornos podría ser un impedimento importante para reducir la tasa de cesárea (Betran et al., 2015, p. 8). Además, una parte sustancial de los residentes no se sienten competentes para realizar partos con fórceps. Aunque estos procedimientos se consideran seguros, no se aplican de forma rutinaria durante la formación de la residencia médica (Powell et al., 2007). Por otro lado, se debería entrenar para el parto vaginal en gemelos en los que el primer feto es cefálico, porque en estos casos los riesgos no parecen ser mayores que en los embarazos únicos (Barrett et al., 2014).

En cuanto a la capacitación, la mitad de los obstetras indicó conocer la clasificación de Robson, sin diferencias en cuanto a su opinión sobre la influencia de la casuística clínica y el conocimiento de dicha clasificación (Perrota et al., 2022, p. 8). Un proyecto demostró una reducción en la tasa de cesárea a través de una intervención multinivel dirigida a profesionales de la salud que incluyeron reforzar el uso de analgesia durante el parto, educación profesional continua y retroalimentación sobre la tasa de cesárea a los equipos, entre otras medidas (Negri et al., 2020, pp. 4-5). Asimismo, una revisión de 29 estudios,

la mayoría de ellos (20 estudios) realizados en países de ingresos altos, encontró que la implementación de guías de práctica clínica combinadas con auditoría y retroalimentación también redujo levemente el riesgo de cesárea (diferencia de riesgo [DR] -1,8%, IC del 95%: -3,8 a -0,2; 105.351 participantes). La educación de los médicos por parte de un líder de opinión local (obstetra-ginecólogo) redujo el riesgo de cesárea electiva del 66,8 % al 53,7 % (educación del líder de opinión: 53,7%, IC del 95 %: 46,5 a 61,0%; control: 66,8%, IC del 95%: 61,7 a 72,0%; 2496 participantes) (Chen et al., 2018, p. 2).

Con respecto a la actitud ética de los profesionales en el caso de la cesárea a demanda, diferentes centros de maternidad y personal sanitario pueden manejar las solicitudes de cesáreas de las mujeres de diferentes maneras, lo que constituye un problema ético, ya que conduce a una atención desigual. (SBU, 2021, p 10) Además, los obstetras no deben estar obligados ética o profesionalmente a realizar una cesárea por solicitud de la gestante. Se debería realizar la referencia temprana a otro profesional de la salud en tales casos (Norwitz, 2022). Una cesárea planificada a petición materna sin indicación médica expone al niño a un aumento de las complicaciones a corto y largo plazo. Aunque los aumentos de riesgo absoluto a menudo son pequeños, esto constituye un problema ético para los profesionales (SBU, 2021, pp. 9-10). La alta tasa de cesárea puede ser, al menos en parte, responsable del aumento de nacimientos prematuros en la región (Mariani & Vain, 2019).

Algo semejante ocurre con los intereses individuales o grupales de los médicos en asuntos tales como el pago o la conveniencia, que no tienen cabida en la consejería de la mujer embarazada. Esto se debe a que pueden sesgar tanto el juicio clínico del médico como la toma de decisiones de la mujer (International Federation Gynecology and Obstetrics [FIGO], 2020, p. 1). No obstante, conviene subrayar que según Perrota et al., hubo consenso entre todos los grupos profesionales que el uso de la cesárea en las maternidades públicas no está relacionado con incentivos económicos (n=621, 92%), tampoco que la percepción sea que la cesárea es más segura que el parto vaginal (n=549, 81%) o que la infraestructura sea poco solidaria (n=419, 74%) (2022, p. 7). No siempre se percibió que los incentivos financieros para hospitales, médicos o mujeres, ya sea para reducir las cesáreas o para aumentar el acceso a la cesárea cuando fuera necesario, habían tenido el efecto deseado (Kinson et al., 2018). Se debe agregar que, en la investigación de Perrota et al., el miedo a los litigios surgió como un problema crítico destacado y fue relevante para los dos grupos profesionales con más experiencia: obstetras/ginecólogos y parteras que realizan más de 10 partos por semana (2022, p. 7).

Es necesario recalcar que la FIGO opina que es inadmisibles en la ética profesional de la obstetricia y la ginecología sesgar deliberadamente la toma de decisiones sobre la base del interés propio individual o grupal en compensación, conveniencia o cualquier otra forma. Para evitar este sesgo, el obstetra debe identificar y estar constantemente al tanto de tales intereses personales y nunca incluirlos como base para el juicio clínico sobre la razonabilidad médica del parto vaginal o por cesárea. La forma de lograr este objetivo es adherirse estrictamente a la disciplina intelectual del razonamiento clínico basado en la evidencia (2020, p. 2).

Acerca de la influencia de la cultura organizacional en el personal, Perrota et al., expusieron que los obstetras lideraron el trabajo de parto en la mayoría de los hospitales, lo que resultó en un papel muy limitado para las parteras que, incluso en embarazos de bajo riesgo y con algunas excepciones, no participaron durante el trabajo de parto (2022, p. 8). También, el poder de la profesión médica se percibía como una barrera importante a superar cuando los médicos creían que su identidad profesional y la seguridad de las mujeres se veían comprometidas al ceder la responsabilidad principal a las parteras (Hunter & Segrott, 2014). En cambio, en las organizaciones del Reino Unido, donde existía un equilibrio de poder más equitativo entre mujeres, parteras, médicos de familia y obstetras, hubo algunas pruebas que las intervenciones dirigidas por parteras para mantener los partos normales y reducir las cesáreas las empoderaron para trabajar de forma más autónoma (Hunter & Segrott, 2010). Algo semejante se observó en el Reino Unido, EE. UU. y Canadá, en organizaciones donde la atención se centró en la promoción del parto normal y en la reducción o el mantenimiento de tasas bajas de cesáreas. Algunos profesionales de la salud vieron esto como un impacto positivo en las experiencias de parto de las mujeres y en la calidad de la atención. Las parteras y los obstetras confiaban más en que el apoyo a las mujeres de bajo riesgo era el punto fuerte de la partería, y que los colegas obstetras estaban bien capacitados para afrontar cualquier complicación (Kennedy et al., 2016). Sin embargo, los dos países más grandes, Brasil y México, no tienen el número adecuado de escuelas profesionales de partería para capacitar a un número suficiente para asistir al gran número de nacimientos en esos países (Althabe & Belizan, 2017).

En relación con la autoevaluación de cada servicio, Perrota et al., hallaron que la mayoría de los participantes no reconoció ninguna comunicación formal de las tasas de cesárea por parte de sus instituciones. Cerca de la mitad de los participantes (n=380, 56.2%) manifestaron tener reuniones periódicas para auditar las indicaciones clínicas y una cuarta parte indicó que las actividades de auditoría fueron en respuesta a un evento adverso inesperado en lugar de rutina (n=161, 23%) (2022, p. 7).

Finalmente, según Perrota et al., los equipos de atención médica percibieron las indicaciones clínicas como el principal impulsor para realizar una cesárea, aunque aproximadamente un tercio identificó otros factores contextuales como determinantes, como la organización, la provisión de servicios, recursos humanos limitados, papel de las obstétricas, preferencias de las mujeres, número adecuado de profesionales para apoyar a las gestantes durante el trabajo de parto o déficits en la educación prenatal tanto para las embarazadas como para los acompañantes (2022, p. 7). Otro estudio cualitativo informó que los profesionales de la salud y los responsables políticos refirieron que los cambios para estandarizar la atención eran ampliamente deseados, pero no universalmente aceptables en la práctica. Muchas partes interesadas dijeron que tenían grandes expectativas sobre las pautas, las vías de atención o las herramientas de detección para reducir las cesáreas innecesarias. Confiaban particularmente en tales instrumentos de cambio si estaban basados en evidencia, diseñados para ser utilizados por equipos multiprofesionales y desarrollados por consenso (Janani et al., 2015, pp. 1378-1379). Desde la

perspectiva de los equipos de atención médica, la implementación de intervenciones dirigidas a los médicos, como la auditoría y la retroalimentación, las guías clínicas y la introducción de una segunda opinión pueden ayudar a mejorar la toma de decisiones clínicas.

3.2.6 Limitaciones

Los datos de nacimientos se consideran confiables y son utilizados de forma rutinaria para realizar análisis epidemiológicos y evaluar las acciones en las instituciones. Sin embargo, se debe tener cierto grado de precaución ya que el cargado del SIP es realizado por el recurso humano disponible que depende de cada centro obstétrico. Además, si bien la mayoría de las causas de cesárea están codificadas, el diagnóstico de algunas de ellas puede variar según el profesional o la tecnología utilizada.

Otra limitante para considerar es la falta de datos cuantitativos de los recursos humanos de cada institución.

3.2.7 Implicancias Epidemiológicas

El creciente uso de cesárea en todo el mundo tiene implicaciones importantes para la planificación de la asignación de recursos y la organización de la atención.

La complejidad hospitalaria es un factor relevante en la frecuencia de cesárea, no obstante, se debe evaluar la presencia de otros factores propios de cada institución.

La cultura organizacional de cada maternidad tiene un rol significativo en el modo de parto.

La presencia y el papel de las obstétricas en cada hospital debería ser tenido en cuenta para favorecer el parto vaginal.

4 CAPITULO IV: Conclusiones y Recomendaciones

4.1 Conclusiones

La correlación entre los 3 niveles de complejidad hospitalaria y la proporción de cesárea no fue significativa. Sin embargo, se observó una tendencia descendente, que muestra que al aumentar la complejidad disminuye la proporción de cesáreas con propensión a poseer mayor tasa de cesáreas en las instituciones de menor complejidad.

Durante el quinquenio 2015-2019, en las 13 instituciones públicas de la provincia de Corrientes, se observó un incremento progresivo en la proporción de cesáreas, con un promedio de cuatro de cada diez nacimientos. En el año 2019, en las maternidades de nivel II, cinco de cada diez nacimientos culminaron en cesárea, en las de nivel IIIA tres de cada diez y en la de nivel IIIB cuatro de cada diez terminaron por vía abdominal.

La causa más frecuente en los tres niveles de atención fue la cesárea previa y las alteraciones de la salud fetal fue la segunda causa en las dos maternidades de nivel III. Los factores relacionados al riesgo materno y fetal representaron el 10% en el nivel II y el 22% de las indicaciones en el nivel III.

Los recursos humanos fueron similares en su composición en todas las instituciones con excepción de las obstétricas que formaban parte del equipo de salud en 3 hospitales: “Angela I. de Llano”, Goya y Paso de los Libres. La maternidad “Angela I. de Llano” fue la única que poseía residencia de obstétricas en el período 2015-2019.

4.2 Recomendaciones e Intervenciones Propuestas

A partir de esta investigación y teniendo en cuenta los hallazgos y las propuestas de la OMS y de la FIGO, se recomienda:

1. Diagnosticar las distocias del trabajo de parto mediante criterios estandarizados involucrando al equipo de salud en las normativas.
 2. Usar la oxitocina para la inducción y estimulación de la detención del trabajo de parto siguiendo un protocolo definido.
 3. Utilizar criterios uniformes para diagnosticar el estado fetal no tranquilizador y, ante la duda, contar con una segunda opinión.
 4. Mejorar la capacitación del equipo de salud, incluida la simulación en la atención del parto vaginal de presentaciones cefálicas de vértices.
 5. Favorecer la participación de las parteras durante el trabajo de parto y parto en forma continua.
 6. Efectuar intervenciones educativas para las mujeres y sus familias.
 7. Asesorar a las pacientes que solicitan cesárea primaria o repetida con respecto a las complicaciones, reconociendo el riesgo cada vez mayor a medida que aumenta el número de cirugías.
 8. Adaptar el modelo de remuneración para profesionales y hospitales que favorezcan el parto vaginal.
 9. Sistematizar las auditorías de cesáreas y devolución oportuna a los profesionales de la salud
-

sobre las prácticas de cesáreas por parte de las autoridades sanitarias.

10. Instalar la segunda opinión obligatoria para la toma de decisiones.

11. Alentar la publicación anual de las tasas de cesárea en cada institución.

12. Aplicar en los hospitales un sistema de clasificación uniforme para las cesáreas (clasificación Robson/OMS).

4.2.1 Intervenciones Propuestas

Las proyecciones sugieren que, al ritmo actual, para 2030, el 28,5% de las mujeres de todo el mundo dará a luz por cesárea (38 millones de cesáreas al año), que oscilarán entre el 7,1 % en el África subsahariana y el 63,4 % en Asia Oriental. En América Latina y el Caribe el 54,3% (IC 95%, 48,3% a 60,2%) de las mujeres darán a luz por cesárea en 2030 (Betrán et al., 2021, p. 3).

Las instituciones deben utilizar una combinación de intervenciones y estrategias adaptadas a los determinantes locales, dirigidas tanto, a los factores clínicos como a los no clínicos, que influyen en la utilización de las cesáreas.

Para el seguimiento y monitoreo de las causas de cada centro obstétrico, se recomienda la clasificación de Robson que permite comparar datos entre instituciones, provincias, regiones, países y también, identifica las subpoblaciones que impulsan cambios en las tasas de cesárea, así como, las que son factibles de ser modificadas a partir de determinadas intervenciones.

Intervenciones dirigidas a los determinantes clínicos:

La reducción de la tasa de partos por cesárea innecesarias demandará diferentes estrategias según las causas obstétricas:

- Revisar la definición de distocia del progreso del trabajo parto, porque se ha demostrado que este, progresa más lentamente de lo que se ha enseñado, por lo cual se debería consensuar y aplicar los criterios actuales de la duración de la segunda fase del trabajo de parto tanto en nulíparas como en multíparas, además de postergar el comienzo de la fase activa en el partograma.
- También, corresponde que las diversas tecnologías aplicadas para el monitoreo de la salud fetal no sean valoradas en forma aislada sino, que sean interpretadas siempre, dentro de un contexto clínico, ya que estas pruebas pueden tener falsos positivos.
- Otras intervenciones para tener en cuenta son limitar el uso de la inducción del trabajo de parto, evitar las inducciones electivas y permitir que la inducción tenga el tiempo suficiente para desencadenar el trabajo de parto.
- La interrupción del embarazo por diferentes patologías que no ameritan urgencia obstétrica (colestasis, RCIU, HTA, diabetes, RPM, entre otras) pueden requerir mayor flexibilidad en el tiempo, siempre que se pueda realizar un monitoreo de la salud materna y fetal con la adecuada contención de la embarazada y de su entorno. Por otro lado, cuando estas gestantes con indicación de culminación presentan una cesárea anterior, se puede evaluar la posibilidad

de utilizar la oxitocina en condiciones de vigilancia estricta de la paciente.

- Alentar la prueba del trabajo de parto en mujeres con cesárea anterior, ya que tienen una alta tasa de éxitos.

Intervenciones Dirigidas a los Determinantes no Clínicos:

El creciente peso de los factores no médicos en la toma de decisiones sobre el modo de nacimiento, la multiplicidad de los componentes involucrados y las interacciones entre ellos, como sostiene la OMS, destaca la necesidad de adaptar las intervenciones y considerar las opiniones y necesidades de todos los involucrados en la toma de decisiones.

- Informar y concientizar a gestantes y su entorno sobre la seguridad en relación con el parto vaginal y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la cesárea.
- Implementar un modelo de atención de la maternidad donde los trabajos de partos de bajo riesgo sean conducidos y asistidos por obstétricas y, los de alto riesgo por médicos obstetras.
- Aplicar estrategias para manejar el dolor durante el trabajo de parto y parto, tanto farmacológicos, como no farmacológicos.
- Favorecer el acompañamiento de la embarazada en forma continua, durante el trabajo de parto y parto, por familiares, doulas, parteras.
- Propender que la toma de decisiones de cada profesional se base fundamentalmente en los principios éticos de beneficencia y respeto a la autonomía.
- Capacitar y acompañar a los profesionales en la tarea de identificar y presentar las alternativas médicamente razonables para el manejo clínico de la condición de cada paciente, basada en la ética y el profesionalismo.
- Utilizar estrategias para proteger al equipo de salud que se adhieren a las normas obstétricas basadas en evidencia contra cualquier cuestión legal dentro del sistema de la salud pública.

5 REFERENCIAS

- Ahmed, S., Alsheeha, M., & Alsammani, M. (2013). Risks and indications for cesarean sections in primiparous women: A case-control study. *Annals of tropical medicine and public health*, 6(5), 541.
- Althabe, F., & Belizán, J. M. (2017). Rising trend in non-indicated caesarean deliveries: can the trend be reversed? Tendencia al alza de cesáreas no indicadas: ¿se puede revertir la tendencia? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 31(4), 263-266.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Cesarean Delivery on Maternal Request—ACOG. [Parto por cesárea a petición de la madre]. Technical report, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington DC. Recuperado de <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/01/cesarean-delivery-on-maternal-request.pdf>
- Antoine, C. & Young, B. (2021). Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. [Cesárea cien años 1920-2020: lo bueno, lo malo y lo feo]. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 5-16.
- Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación. (2016) Iniciativa sanitaria tendiente a vigilar la prevalencia de la cesárea. Estrategias para su disminución Recuperado de http://www.fasgo.org.ar/images/Cesareas_Iniciativa_y_estrategias_reduccion.pdf
- Argentina. Ministerio de salud de la Nación. (2015). Reducción de cesáreas en Argentina. Recuperado de <http://www.fasgo.org.ar/images/ministerio-de-salud-reunio-a-actores-clave-para-avanzar-en-la-reduccion-de-cesareas-en-argentina-.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud. (2018). Regionalización de la Atención Perinatal. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001280cnt-regionalizacion-2018.pdf>
- Argentina. Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). (2018). Indicadores básicos 2017. Recuperado de <http://C:/Users/Usuario/Downloads/0000001376cnt-anuario-sip-2017.pdf>
- Argentina. Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). (2019). Indicadores básicos 2018. Recuperado de http://www.sadamweb.com.ar/news/2019_10Octubre/Anuario-SIP-G-2018.pdf
- Barrett, J. F., Willan, A. R., & Joseph, K. S. (2014). Planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. [Parto planificado por cesárea o parto vaginal por embarazo gemelar]. *The New England journal of medicine*, 370(3), 280-280.
- Bazán, G., Martínez, C., Zannota, R., Galván, O., Grasso, D., Martino, N., ... & Sosa, C. (2012). El trabajo de parto previo a la cesárea protege contra la taquipnea transitoria del recién nacido. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 83(1), 13-20.

- Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Ii, M., & Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 1-18.
- Belizán, J. M., Minckas, N., McClure, E. M., Saleem, S., Moore, J. L., Goudar, S. S., ... & Goldenberg, R. L. (2018). An approach to identify a minimum and rational proportion of caesarean sections in resource-poor settings: a global network study. *The Lancet Global Health*, 6(8), e894-e901.
- Bernal-García, C., & Campos, C. N. E. (2018). Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Salud Quintana Roo*, 11(40), 28-33.
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharaux, C., ... & Gülmezoglu, A. M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. [¿Cuál es la tasa óptima de cesáreas a nivel poblacional? Una revisión sistemática de los estudios ecológicos]. *Reproductive health*, 12(1), 1-10.
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. [La tendencia creciente en las tasas de cesáreas: estimaciones mundiales, regionales y nacionales: 1990-2014]. *PloS one*, 11(2), e0148343.
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. [Tendencias y proyecciones de las tasas de cesáreas: estimaciones mundiales y regionales]. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J., Barros, F. C., Juan, L., ... & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348.
- Briozzo, L., Tomasso, G., & Colistro, V. (2019). Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 35(2), 4-31.
- Buenos Aires (ciudad) (CABA). Ministerio de Salud. (2015). Partos realizados en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por tipo de parto según hospital. Ciudad de Buenos Aires. Años 2005/2015. Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud. Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=28920>
- Carreño, B., Castillo, V., Aichele, D., Marshall, M., Caceres, D., Vesperinas, G., & Salinas, H. (2018). Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(4), 415-425.
- Caro, M. C. (2011). Tratamiento del aborto espontáneo (Médico Vs. Legrado): Experiencia en un año en el hospital Virgen de la Victoria (Doctoral dissertation, Universidad de Málaga). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/62896813.pdf>

- Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., Rouse, D. J., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery.[Prevención segura del parto por cesárea primaria]. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(3), 179-193.
- Casavilla F., Sebastiani M., Zanuttini E., Amenabar S. (2014) Cesárea a demanda. Recuperado de http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Cesarea_a_Demanda.pdf
- Ceriani Cernadas, J. M., Mariani, G., Pardo, A., Aguirre, A., Pérez, C., Brener, P., & Cores Ponte, F. A. (2010). Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(1), 17-23.
- Ceriani Cernadas, JM (2019). La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla? *Archivos argentinos de pediatría*, 117 (2), 66-67. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.66>
- Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., ... & Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. [Intervenciones no clínicas para reducir la cesárea innecesaria]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Colomar, M., Opiyo, N., Kingdon, C., Long, Q., Nion, S., Bohren, M. A., & Betran, A. P. (2021). Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. [¿Las mujeres prefieren las cesáreas? Una síntesis de evidencia cualitativa de sus puntos de vista y experiencias]. *PLoS One*, 16(5), e0251072.
- Corchs, S., Martínez Bueno, C., Vela, E., & Díaz, S. (2006). Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona. *Matronas Profesión*, 2006, vol. 7, num. 3, p. 5-11.
- Corrientes (provincia). Ministerio de Salud Pública. Dirección de Planificación y Estadísticas de Salud. (2020). Estadísticas hospitalarias.
- de Almeida, M. F. B., Guinsburg, R., da Costa, J. O., Anchieta, L. M., Freire, L. M. S., & Campos, D. (2010). Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. [La cesárea no urgente aumenta la necesidad de ventilación al nacer en recién nacidos a término]. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 95(5), F326-F330.
- Declercq, E., Menacker, F., & MacDorman, M. (2006). Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991–2002. [Los perfiles de riesgo materno y la tasa de cesárea primaria en los Estados Unidos, 1991-2002]. *American journal of public health*, 96(5), 867-872.
- Dempsey, A., Diamond, K. A., Bonney, E. A., & Myers, J. E. (2017). Caesarean section: techniques and complications. [Cesárea: técnicas y complicaciones]. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(2), 37-43.

- Espinoza, M., de Viola, A. M. B., Bustos, F., & Costa, L. (2020). Percepciones sobre la vía de nacimiento. Un estudio a partir de los aportes de mujeres-madres del distrito noreste de la ciudad de Santa Fe, Argentina. *Rev FASGO*, 19(4), 20-35.
- Feldman, F., Del Villar, G., Grimaldi, P., Scasso, S., & Rey, G. (2021, June). Comparación de la tasa de cesáreas de dos maternidades públicas del Uruguay. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 8, No. 1). Universidad de la República. Facultad de Medicina.
- Fernández do Prado, I., de Carvalho Souza, D., & Antunes Macêdo, D. (2021). Factores asociados a la ocurrencia de cesárea en Brasil. *Revista Cubana de Educación Superior*, 40.
- FIGO. (2020). Ethics and Professionalism Guideline: Decision Making about Vaginal and Caesarean Delivery. Recuperado de <https://www.figo.org/decision-making-about-vaginal-and-caesarean-delivery>
- Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. [Inequidades en el uso de partos por cesárea en el mundo]. *American journal of obstetrics and gynecology*, 206(4), 331-e1.
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., Willan, A. R., & Collaborative, T. B. T. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *The Lancet*, 356(9239), 1375-1383.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018). Metodología de la investigación (Vol. 4, Cap 7). México: McGraw-Hill Interamericana).
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. [Apoyo continuo para las mujeres durante el parto Cochrane]. *database of systematic reviews*, (7).
- Hunter, B., & Segrott, J. (2010). Using a clinical pathway to support normal birth: impact on practitioner roles and working practices. [Uso de una vía clínica para apoyar el parto normal: impacto en los roles de los profesionales y las prácticas laborales]. *Birth*, 37(3), 227-236.
- Hunter, B., & Segrott, J. (2014). Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway for normal labour. [Renegociación de los límites interprofesionales en la atención de la maternidad: implementación de una vía clínica para el trabajo de parto normal]. *Sociology of health & illness*, 36(5), 719-737.
- Janani, F., Kohan, S., Taleghani, F., & Ghafarzadeh, M. (2015). Challenges to implementing physiologic birth program (PBP): a qualitative study of midwives opinion in Iran. [Desafíos para implementar el programa de parto fisiológico (PBP): un estudio cualitativo de la opinión de las parteras en Irán]. *Acta Medica Mediterranea*, 31(7), 1373-1380.

- Jiménez-Hernández, D. L., del Pilar Guevara-Rodríguez, A., Zuleta-Tobón, J. J., & Rubio-Romero, J. A. (2016). Tasa de cesáreas por grupos de Robson en una institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(2), 101-111.
- Kennedy, H. P., Doig, E., Tillman, S., Strauss, A., Williams, B., Pettker, C., & Illuzzi, J. (2016). Perspectives on promoting hospital primary vaginal birth: A qualitative study. [Perspectivas sobre la promoción del parto vaginal primario hospitalario: un estudio cualitativo]. *Birth*, 43(4), 336-345.
- Kingdon, C., Downe, S., & Betran, A. P. (2018). Interventions targeted at health professionals to reduce unnecessary caesarean sections: a qualitative evidence synthesis [Intervenciones no clínicas para reducir las cesáreas innecesarias dirigidas a organizaciones, instalaciones y sistemas: revisión sistemática de estudios cualitativos]. *BMJ open*, 8(12), e025073.
- Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C., & Gyte, G. M. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. [Cesárea por razones no médicas a término]. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Librero, J., Peiró, S., Belda, A., & Calabuig, J. (2014). Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 315-326.
- Lin, H. C., & Xirasagar, S. (2004). Institutional factors in cesarean delivery rates: policy and research implications. Factores institucionales en las tasas de parto por cesárea: implicaciones políticas y de investigación. *Obstetrics & Gynecology*, 103(1), 128-136.
- Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Cmaj*, 176(4), 455-460.
- Mahadik, K. (2019). Rising cesarean rates: are primary sections overused? [Aumento de las tasas de cesáreas: ¿Se utilizan en exceso las secciones primarias?]. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 69(6), 483-489.
- Mariani, G. L., & Vain, N. E. (2019, February). The rising incidence and impact of non-medically indicated pre-labour cesarean section in Latin America. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 24, No. 1, pp. 11-17). WB Saunders.
- Márquez-Calderón, S., Ruiz-Ramos, M., Juárez, S., & Librero López, J. (2011). Frecuencia de la cesárea en Andalucía: relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). *Revista española de salud pública*, 85, 205-215.
-

- Martínez-Salazar, G. J., Grimaldo-Valenzuela, P. M., Vázquez-Peña, G. G., Reyes-Segovia, C., Torres-Luna, G., & Escudero-Lourdes, G. V. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 53(5), 608-615.
- Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N. H., Bonotti, A. M., Gibbons, L., Sánchez, A. J., & Belizán, J. M. (2011). Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. [Preferencia de las mujeres por la cesárea: una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales] *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, 118(4), 391-399.
- Mazzoni, A., Althabe, F., Gutierrez, L., Gibbons, L., Liu, N. H., Bonotti, A. M., ... & Belizán, J. M. (2016). Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study [Preferencias de las mujeres y modo de parto en hospitales públicos y privados: un estudio de cohorte prospectivo]. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-8.
- México. Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. ENSANUT. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
- México. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). (2014). Guía de práctica clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea. Rev. IMSS México. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GER.pdf>
- México. Secretaría de Salud. (2013). Cesárea segura. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf
- Muños Hernández, J. A., Freyermuth Enciso, M. G., & Ochoa Torres, M. D. P. (2020). Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. *Población y salud en Mesoamérica*, 17(2), 59-91.
- Nagy, S., & Papp, Z. (2021). Global approach of the cesarean section rates. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 1-4.
- Negrini, R., da Silva Ferreira, R. D., Albino, R. S., & Daltro, C. A. T. (2020). Reducing caesarean rates in a public maternity hospital by implementing a plan of action: a quality improvement report. [Reducción de las tasas de cesáreas en una maternidad pública mediante la implementación de un plan de acción: un informe de mejora de la calidad] *BMJ Open Quality*, 9(2), e000791.
- Norwitz, E.R. (2022) BIRTH, P. B. O. P. C. Cesarean birth on maternal request. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/4477>
-

-
- OECD/The World Bank (2020), "Tasas de cesárea en 27 países de Latinoamérica y el Caribe, 2016 o último año disponible", en *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/575808f4-es>.
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., Leahy-Warren, P., Stewart, F., & O'Neill, S. M. (2021). Interventions for fear of childbirth including tocophobia. [Intervenciones para el miedo al parto, incluida la tocofobia]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- O'donovan, C., & O'donovan, J. (2018). Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. [¿Por qué las mujeres solicitan una cesárea electiva por razones no médicas? Una revisión sistemática de la literatura cualitativa.] *Birth*, 45(2), 109-119.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea (No. WHO/RHR/15.02). Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Opiyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Vogel, J. P., Bonet, M., ... & Betrán, A. P. (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. [Intervenciones no clínicas para reducir las cesáreas innecesarias: recomendaciones de la OMS]. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 66.
- Opiyo, N., Young, C., Requejo, J. H., Erdman, J., Bales, S., & Betrán, A. P. (2020). Reducing unnecessary caesarean sections: scoping review of financial and regulatory interventions. [Reducción de las cesáreas innecesarias: revisión del alcance de las intervenciones financieras y regulatorias]. *Reproductive health*, 17(1), 1-18.
- Ortiz Martínez, R. A., Moreno Urrea, E., Mambuscay Solarte, J., & Muñoz Daza, J. (2019). Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia 2016. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(6), 435-448.
- Perrotta, C., Romero, M., Sguassero, Y., Riguetti, N., Gialdini, C., Betran, A. P., & Ramos, S. (2021). Women's Views and Preferences for Mode of Birth in Public Hospitals in Argentina: a Mixed-methods Study [Opiniones y preferencias de las mujeres sobre el modo de parto en hospitales públicos de Argentina: un estudio de métodos mixtos]. Recuperado de https://web.archive.org/web/20210225114704id_/https://assets.researchsquare.com/files/rs-180797/v1/cc2b9d17-f7b6-426a-9534-0ca1198c14e7.pdf
-

- Perrotta, C., Romero, M., Sguassero, Y., Straw, C., Gialdini, C., Righetti, N., ... & Ramos, S. (2022). Caesarean birth in public maternities in Argentina: a formative research study on the views of obstetricians, midwives and trainees [Parto por cesárea en maternidades públicas en Argentina: una investigación formativa sobre la visión de obstetras, parteras y practicantes]. *BMJ open*, 12(1), e053419.
- Pinto, S. E., Gavilán, A. V., Miño, L. C., & Abreo, G. I. (2016). Incidencia e indicaciones de cesáreas. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. N. Recuperado de https://med.unne.edu.ar/revistas/revista207/3_207.pdf
- Redondo, A., Sáez, M., Oliva, P., Soler, M., & Arias, A. (2013). Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 258-262.
- República Dominicana. Ministerio de salud Pública. (2020). Protocolo de actuación para reducción de cesáreas innecesarias. Santo Domingo. <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2010/9789945621082.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivero M, Morales E, Romero Benítez J, (2022) DE, P. D. L. R. I. Frecuencia e indicaciones de cesárea en una maternidad en Libro de Artículos Científicos en Salud 2022 - Facultad de Medicina, UNNE. (pp100-104) Corrientes. Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina. Recuperado de https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_22.pdf
- Ronco, S. (2021). Literature Review of the Association Between Prenatal Education and Rates of Cesarean Birth Among Women at Low Risk. [Revisión bibliográfica de la asociación entre la educación prenatal y las tasas de parto por cesárea entre mujeres de bajo riesgo]. *Nursing for Women's Health*, 25(3), 207-211.
- Rubio-Romero, J. A., Fonseca-Pérez, J. E., Molina, S., Buitrago Leal, M., Zuleta, J. J., & Ángel-Müller, E. (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Bogotá, 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 139-151.
- Ruiz-Sánchez, J., Espino y Sosa, S., Vallejos-Parés, A., & Durán-Arenas, L. (2014). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*, 28 (1), 33-40.

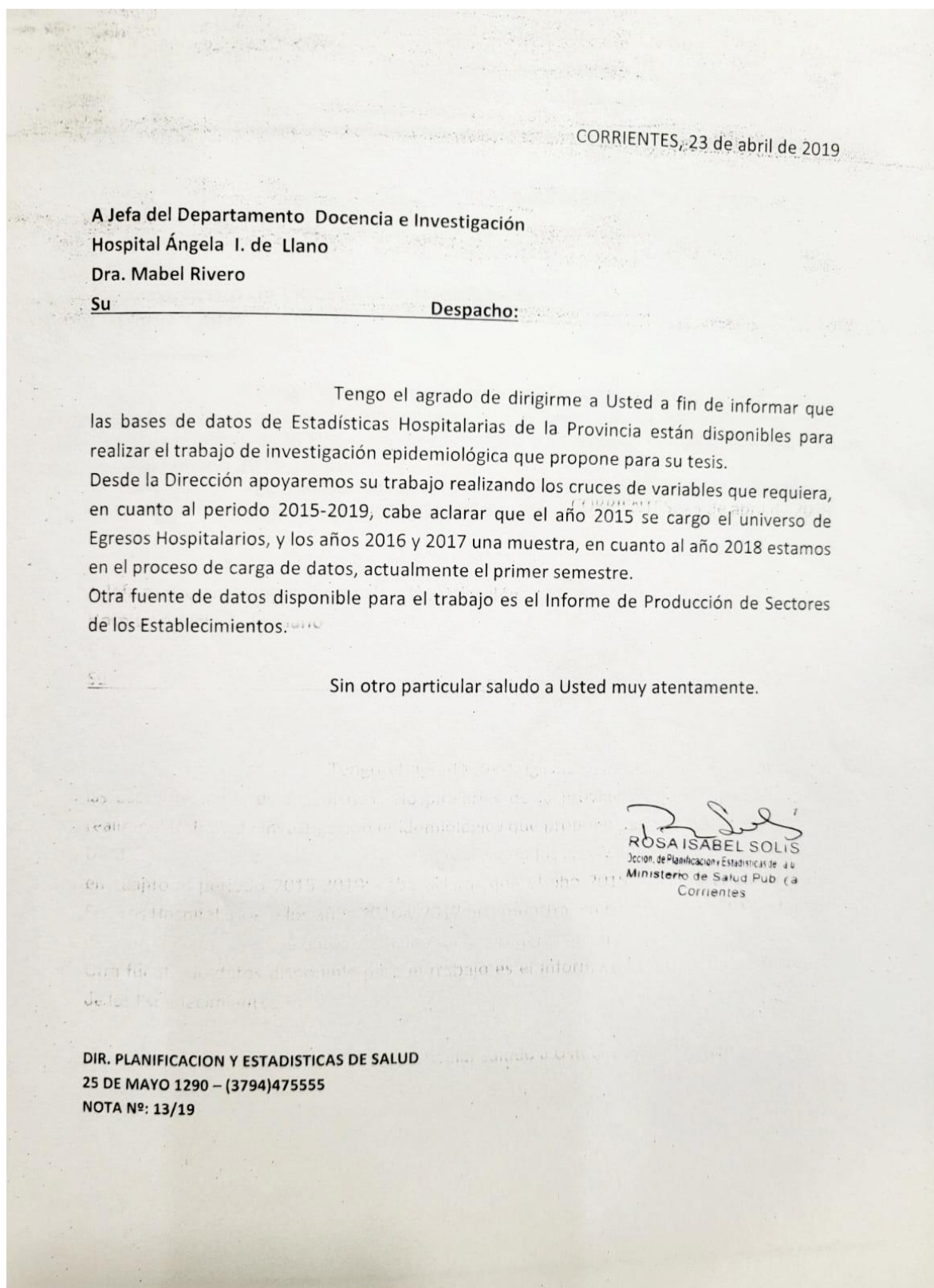
- Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., ... & National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. [Morbilidad materna asociada con múltiples partos por cesárea repetidos]. *Obstetrics & Gynecology*, 107(6), 1226-1232.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2010). Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Parto vaginal tras cesárea. Recuperado de: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_pvdc_2010.pdf
- Speranza, A., Lomuto, C., Santa María, C., Nigri, C., & Williams, G. (2011). Evaluación de maternidades públicas argentinas. 2010-2011. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9), 43-47. Recuperado de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/377/308>
- Spong, C. Y., Berghella, V., Wenstrom, K. D., Mercer, B. M., & Saade, G. R. (2012). Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver national institute of child health and human development, society for maternal-fetal medicine, and American college of obstetricians and gynecologists workshop. [Prevención del primer parto por cesárea: resumen de un taller conjunto del instituto nacional de salud infantil y desarrollo humano Eunice Kennedy Shriver, la sociedad de medicina materno-fetal y el colegio estadounidense de obstetras y ginecólogos]. *Obstetrics and gynecology*, 120(5), 1181.
- Statista Research Department. (2021). Tasa de cesáreas por edad de la madre Estados Unidos 1996-2018. Recuperado de <https://es.statista.com/estadisticas/634292/tasa-de-cesareas-por-edad-de-la-madre-en-ee-uu-1996/>
- Stockholm. Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU). (2021). Caesarean section on maternal request: A systematic review and assessment of medical, health economic, ethical and social aspects. [Cesárea a petición materna. Una revisión y evaluación sistemáticas de los aspectos médicos, económicos, éticos y sociales de la salud] No. 343. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580955/>
- Torloni, M. R. (2020). Beneficios y riesgos/inconvenientes del parto vaginal planificado frente a la cesárea planificada: Informe de actualización de la evidencia para la tabla del folleto de Qualidec. Recuperado de https://www.qualidec.com/wp-content/uploads/2021/03/Maria-Regina-Torloni_2020-ES-1.pdf
-

- Triebwasser, J. E., Kamdar, N. S., Langen, E. S., Moniz, M. H., Basu, T., Syrjamaki, J., ... & Morgan, D. M. (2019). Hospital contribution to variation in rates of vaginal birth after cesarean. [Contribución hospitalaria a la variación de las tasas de parto vaginal después de cesárea]. *Journal of Perinatology*, 39(7), 904-910.
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., ... & Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. [Tasas de parto por cesárea y resultados del embarazo: la encuesta mundial de la OMS de 2005 sobre salud materna y perinatal en América Latina]. *The Lancet*, 367(9525), 1819-1829.
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., ... & Acosta, A. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. [Riesgos y beneficios individuales maternos y neonatales asociados con el parto por cesárea: estudio prospectivo multicéntrico]. *Bmj*, 335(7628), 1025.
- Vogel, J. P., Betrán, A. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Torloni, M. R., Zhang, J., ... & WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. (2015). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*, 3(5), e260-e270.
- Yazdizadeh, B., Nedjat, S., Mohammad, K., Rashidian, A., Changizi, N., & Majdzadeh, R. (2011). Caesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. [Tasa de cesáreas en Irán, enfoques multidimensionales para el cambio de comportamiento de los proveedores: un estudio cualitativo]. *BMC health services research*, 11(1), 1-14.
- Ye, J., Betrán, A. P., Guerrero Vela, M., Souza, J. P., & Zhang, J. (2014). Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. [Búsqueda de la tasa óptima de cesáreas médicamente necesarias]. *Birth*, 41(3), 237-244.
- Zbiri, S., Rozenberg, P., Goffinet, F., & Milcent, C. (2018). Caesarean delivery rate and staffing levels of the maternity unit. [Tasa de partos por cesárea y niveles de dotación de personal de la unidad de maternidad]. *PloS one*, 13(11), e0207379.
- Zhao, Y., Zhang, J., Zamora, J., Vogel, J. P., Souza, J. P., Jayaratne, K., ... & Betran, A. P. (2017). Increases in Caesarean Delivery Rates and Change of Perinatal Outcomes in Low-and Middle-Income Countries: A Hospital-Level Analysis of Two WHO Surveys. [Aumentos en las tasas de parto por cesárea y cambios en los resultados perinatales en países de ingresos bajos y medianos: un análisis a nivel hospitalario de dos encuestas de la OMS]. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 31(4), 251-262.

Zuleta-Tobón, JJ, Quintero-Rincón, F., & Quiceno-Ceballos, AM (2013). Aplicación del modelo de Robson para caracterizar la realización de cesáreas en una institución de tercer nivel de atención en Medellín, Colombia: estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64 (2), 90-99.

6 ANEXOS

6.1 Permisos y Acuerdo de Confidencialidad





**Gobierno
Provincial**

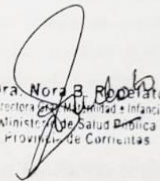
*Ministerio de Salud Pública Corrientes
Dirección General de Salud Materno Infanto Juvenil*

CORRIENTES; 24 DE ABRIL DE 2.019.-

Dra. Mabel Rivero
Jefa de Departamento de Docencia e Investigación
Hospital Ángela Llano
S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de dar mi Visto bueno al respecto del trabajo de investigación epidemiológica "Frecuencia de la operación cesárea en las maternidades públicas de la Provincia de Corrientes y su relación con la Complejidad de la Institución en el periodo 2015-20182".

Le informo que el mismo ha sido autorizado por esta Dirección.
Sin otro particular la saludo Atte.


Dra. Nora B. Rodríguez
Directora de Maternidad e Infancia
Ministerio de Salud Pública
Provincia de Corrientes

Nota N° 63

Av. Gobernador Ruiz N° 2639 Tel-Fax: 379-4475310
Email: maternidadeinfancia@saludcorrientes.gob.ar

**CORRIENTES**Ministerio de
Salud PúblicaDirección General de Gestión
Hospitalaria e Instituciones
de Salud

S/ AUTORIZ.P/REALIZAR INV. EPIDEMIOLOGICA

A DIRECCION DEL HOSP. LLANO
DPTO. DOCENCIA E INVESTIGACION:

Habiendo tomado conocimiento de lo solicitado en la presente nota esta Dirección General presta el visto bueno y autoriza a realizar investigación epidemiológica sobre " Frecuencia de la operación cesárea en las maternidades públicas de la Provincia de Corrientes.

Atentamente.-

CTES. 14 de Mayo 2019
INFORME N° 02990

Dr. ALBERTO NELSON ALEGRE
Dirección Genl. de Gestión Hospitalaria
e Instituciones de Salud
Ministerio de Salud Pública

ACUERDO DE COMPROMISO Y CONFIDENCIALIDAD

Entre el Sr./Sra. Mabel I. Rivero, DNI N° 16.746.446, de profesión Médica, domiciliada en la ciudad de Corrientes, Don Bosco 1136, en su carácter de investigadora responsable del proyecto: **"FRECUENCIA DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN LAS MATERNIDADES PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES Y SU RELACIÓN CON LA COMPLEJIDAD DE LA INSTITUCIÓN DURANTE EL PERIODO 2015-2019"** que se llevará a cabo con el aval del Comité de Docencia Investigación, la Dirección del Hospital Angela Iglesia de Llano y por otra parte el Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE, a través de su Coordinador/a con domicilio en Moreno N° 1240 de la ciudad de Corrientes.

Se ha acordado celebrar el presente *Acuerdo de Compromiso y Confidencialidad* que se registrará por las siguientes cláusulas, por lo que las partes declaran que:

1. La Sra. Mabel I. Rivero se compromete a resguardar la confidencialidad de toda la información recabada para el proyecto **FRECUENCIA DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN LAS MATERNIDADES PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES Y SU RELACIÓN CON LA COMPLEJIDAD DE LA INSTITUCIÓN DURANTE EL PERIODO 2015-2019**, procedente de Historias Clínicas, registros institucionales, encuestas u otras fuentes.
2. Que las informaciones recabadas serán en su totalidad de carácter anónimo.
3. Que las informaciones recabadas serán utilizadas exclusivamente para producir trabajos científicos a ser publicados o comunicados en medios o reuniones científicas.
4. Que será entregada una copia del trabajo producido al Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE, previa a su publicación o comunicación.
5. Que el Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE se reserva la decisión de la comunicación a las autoridades sanitarias y/o la divulgación a la comunidad de los datos contenidos en el trabajo, que pudieran ser de interés o devengar en medidas protectivas o preventivas para la salud poblacional.

En atención a las consideraciones expuestas, las partes acuerdan:

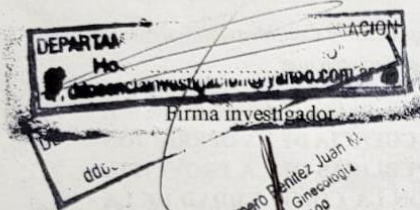
- 1° El objeto del presente Acuerdo es fijar los términos y condiciones bajo los cuales las partes mantendrán la confidencialidad de los datos e información intercambiados entre ellas.
- 2° La Sra. Mabel Rivero, acuerda que cualquier información recabada para su investigación será mantenida en estricta confidencialidad y solo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten o estén autorizados previamente por

el Comité de Bioética de Investigación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNNE.

Por tanto, se obliga en forma irrevocable ante la institución a no revelar, divulgar o facilitar información bajo cualquier forma a ninguna persona física o jurídica, sea ésta de carácter público o privado; y a no utilizar para su beneficio o el de cualquier otra persona la información.

3° El presente Acuerdo requiere para su validez y perfeccionamiento la firma de las partes. Así como también una señal de aceptación, se firma el presente acuerdo en 3 (tres) ejemplares, por las partes que han intervenido en el mismo.

En la ciudad de Corrientes a los 26 días del mes de Abril de 2019



Comité Docencia Investigación

Rituo Hobel

Aclaración

16746446

DNI

Dra. MARIA SILVIA BONASSIES
Directora Ejecutiva
Hospital Angela L. de Llano

Dirección ejecutiva
Hospital Angela Llano

El Código Penal, Art 156, establece pena de multa e inhabilitación especial a todo aquel que por su estado, oficio, profesión o empleo tuviera noticia de un hecho y lo revelare sin justa causa.

* Justa causa: romper el secreto médico. Cuando por su importancia y trascendencia médica el caso en cuestión sea informado a Sociedades Científicas o sea motivo de publicación médica (art. 11 Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina), quedando expresamente aclarado que se prohíbe su difusión con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.

sanitaria vigente.

b) ESTABLECIMIENTO REGIONAL: Establecimientos de Salud polivalentes, de alta complejidad, equiparables con la categoría tipo OMS VI. Serán centros de referencia derivación de los Establecimientos de Salud de cabecera y municipales de la región sanitaria a la que pertenezcan, de acuerdo al criterio de regionalización sanitaria emanada del Poder Ejecutivo y de la normativa sanitaria vigente.

c) ESTABLECIMIENTO DE CABECERA: Establecimientos de Salud polivalentes, de mediana complejidad, equiparables a la categoría tipo OMS IV; los mismos servirán de centros de referencia y derivación de los hospitales municipales y centros de salud del respectivo departamento al que pertenezcan.

d) ESTABLECIMIENTO DE BASE: Establecimientos de Salud polivalentes, de baja complejidad, con internación, equiparables a la categoría tipo OMS III, dependientes del Ministerio de Salud Pública o de los Gobiernos Municipales. Serán centros de referencia de los centros de salud de uno o varios municipios de un mismo departamento.

e) CENTRO DE SALUD: Establecimientos de Salud de baja complejidad, sin internación, equiparables a las categorías tipo OMS I, II y V, dependientes administrativamente del Ministerio de Salud Pública o de Gobiernos Municipales y con dependencia funcional obligatoria de un establecimiento de Base o de Cabecera.

f) CENTRO DE SALUD MÓVIL: Establecimientos de Salud de baja complejidad, sin internación, equiparables a las categorías tipo OMS I, II y V, dependientes administrativamente del Ministerio de Salud Pública o de gobiernos municipales y con dependencia funcional obligatoria de un Establecimiento de Base o de Cabecera.

6.4 Decreto N° 2028/2002: Regionalización Sanitaria

Artículo 1º: CREANSE las Regiones Sanitarias de la Provincia de Corrientes, las cuales serán organismos administrativos de ejecución de las políticas sanitarias, planes y programas nacionales y provinciales de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

Artículo 2º: DEFINESE como Región Sanitaria a la unidad administrativa dependiente funcional y jerárquicamente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes, integrada por establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes localizados en un área geográfica determinada de acuerdo a criterios demográficos, estadísticos, de accesibilidad a los servicios de salud y de complejidad de los establecimientos de salud que la componen.

Artículo 3º: DETERMINASE la creación de cinco Regiones Sanitarias en la Provincia de Corrientes, a saber:

a) Región Sanitaria I: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos Capital, Empedrado, San Cosme, Itatí, San Luis del Palmar, Gral. Paz, Berón de

Astrada y San Miguel, con expresa exclusión de la localidad de Itá Ibaté.

b) Región Sanitaria II: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos Saladas, Bella Vista, Mburucuyá, Concepción, y San Roque.

c) Región Sanitaria III: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos Goya, Lavalle y Esquina.

d) Región Sanitaria IV: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos Curuzú Cuatiá, Mercedes, Monte Caseros, Paso de los Libres y Sauce y la localidad de Colonia Carlos Pellegrini.

e) Región Sanitaria V: integrada por los establecimientos de salud localizados en los Departamentos Santo Tomé, Ituzaingó, Alvear y San Martín, y la localidad de Itá Ibaté.

Artículo 4º: Los establecimientos de salud localizados en cada Región Sanitaria serán categorizados por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes, según su complejidad, población a la que brinda cobertura, demás criterios sanitarios y la normativa vigente en la materia en: Hospitales Centrales, Hospitales Regionales, Hospitales de Cabecera, Estaciones Sanitarias y Salas Periféricas.

Artículo 5º: El Ministerio de Salud Pública determinará los requisitos mínimos de infraestructura edilicia, de equipamiento y de recursos humanos que deberá satisfacer cada establecimiento de salud para estar incluido en cualquier categoría de las determinadas en el artículo precedente, así como las actividades y tareas específicas que correspondan a cada uno de los mismos.

Artículo 6º: Cada Región Sanitaria estará integrada por un único Hospital Regional y uno o más establecimientos de salud de las restantes categorías determinadas en el artículo 4º, con excepción expresa de los Hospitales Centrales los cuales estarán limitados a los actualmente localizados en el Departamento Capital.

Artículo 7º: Los Hospitales Regionales de cada una de las respectivas Regiones Sanitarias determinadas en el artículo 3º serán los siguientes:

- a) Región Sanitaria I: Hospital “Ángela I. de Llano” de la ciudad de Corrientes.
- b) Región Sanitaria II: Hospital “María Auxiliadora” de la ciudad de Saladas.
- c) Región Sanitaria III: Hospital Zonal “Dr. Camilo Muniagurria” de la ciudad de Goya.
- d) Región Sanitaria IV: Hospital “Dr. Fernando M. Irastorza” de la ciudad de Curuzú Cuatiá.
- e) Región Sanitaria V: Hospital “San Juan Bautista” de la ciudad de Santo Tomé.

6.5 Ley de Parto Humanizado

PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) 2015-10-01

SALUD PÚBLICA Decreto 2035/2015

Ley N° 25.929. Reglamentación. Bs. As., 24/09/2015

VISTO el Expediente N° 1-2002-24884-14-9 del registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 25.929, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio (PMO). Asimismo, la referida Ley regula los derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Que dicha Ley pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Qué asimismo, en la citada norma se destaca el claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el/la recién nacido/a, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del/la recién nacido/a a la internación conjunta con su madre en sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse al lado del/la recién nacido/a, sin perjuicio de la obligatoriedad de adoptar otro temperamento cuando lo ameriten el estado de salud de la madre y/o el/la recién nacido/a, no pudiendo tampoco ser el/la recién nacido/a objeto de examen o intervención con propósitos de investigación, salvo que mediare la expresa voluntad de sus representantes legales intervinientes, manifestada por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Que, por otra parte, la Ley presta una especial consideración a los derechos del padre y la madre del/la recién nacido/a en situación de riesgo y a la exigencia del consentimiento expreso para la realización de exámenes o intervenciones con fines investigativos. Como así también, a la intensificación de los derechos a la información y acceso continuado al/la recién nacido/a.

Que los términos de dicha Ley deberán entenderse siempre en el sentido que debe velarse por la salud del binomio madre-hijo/a de conformidad con lo expresado por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Que, en lo que refiere al/la recién nacido/a, la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO dispone en su Preámbulo que tal como se indica en la DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, “el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1 y 2 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACIÓN ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Apruébase la reglamentación de la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, que como ANEXO I forma parte integrante de la presente medida.

Art. 2° — Facúltase al MINISTERIO DE SALUD, como Autoridad de Aplicación, a dictar las disposiciones complementarias que considere necesarias para el cumplimiento de la referida Ley y la presente reglamentación.

La SUBSECRETARÍA DE MEDICINA COMUNITARIA, MATERNIDAD E INFANCIA, dependiente de la SECRETARÍA DE SALUD COMUNITARIA, del MINISTERIO DE SALUD, tendrá a su cargo la realización de acciones tendientes a asegurar el cumplimiento de la Ley y la presente reglamentación, así como la coordinación de acciones con los demás organismos nacionales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, provinciales, municipales, y de las entidades no gubernamentales, universidades e instituciones académicas.

Art. 3° — El presente Decreto entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNÁNDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Daniel G. Gollan.

ANEXO I

REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 25.929

ARTÍCULO 1°.- Tanto los efectores públicos, las obras sociales, como las empresas de medicina privada y/o entidades de medicina prepaga, deberán instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de la Ley N° 25.929.

ARTÍCULO 2°.-

a) El equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gravidez y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento. El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente. En caso de duda se resolverá en favor de la persona asistida.

b) Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio

tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 26.485 de Protección Integral Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

c) SIN REGLAMENTAR. -

d) Ante un parto vaginal, el profesional interviniente deberá evitar aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando, por su parte, prácticas invasivas innecesarias durante el proceso.

e) El equipo interviniente deberá informar en forma comprensible y suficiente, tanto a la mujer como a su núcleo familiar y/o acompañante, sobre el avance del embarazo, el estado de salud del/a hijo/a por nacer y de las demás circunstancias relativas al embarazo, el trabajo de parto, el parto, posparto y/o el puerperio.

f) Se entenderá por “Comité de Bioética” a todo comité creado y/o encargado de estas funciones según jurisdicción y normativa vigente.

) Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto.

No se podrá exigir requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo, al/la acompañante elegido/a por la mujer embarazada, salvo la acreditación de identidad. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo, la documentación acreditante.

En ningún caso se podrá cobrar arancel alguno por la simple permanencia del/la acompañante en la misma habitación, antes, durante y/o después que la mujer hubiese dado a luz.

No podrá reemplazarse sin su consentimiento la persona elegida por la mujer.

Si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes sustitutos/as.

Deberá ser respetado el derecho de la mujer que no desee ser acompañada.

Todo lo referido en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto.

h) Con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la vía del parto, el contacto del/la recién nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que ésta disponga, con la acreditación de identidad como único requisito.

i) La institución y/o entidad deberá brindar a la mujer las condiciones necesarias y adecuadas para que pueda amamantar, desde la sala de partos y durante toda su internación.

Los cursos de preparación integral para la maternidad incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), deberán proveer la información y los materiales que favorezcan el desarrollo de la lactancia.

Aquellas personas que por su condición médica tengan contraindicado amamantar deberán ser informadas oportunamente sobre dicha situación y facilitársele el tratamiento para la inhibición de la lactancia.

j) El equipo de salud y la institución asistencial deberán proveer a la mujer y a su acompañante información respecto del proceso fisiológico y vital que comprenden el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el posparto y/o el puerperio, así como del rol del equipo de salud. Asimismo, se deberá asesorar e informar en forma comprensible y suficiente acerca de la salud sexual y reproductiva, la lactancia y la crianza, incluyendo en dicha información las características y efectividad de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como su provisión en los términos de lo estipulado por la Ley N° 25.673, sus normas concordantes y complementarias. También, deberán incluir información acerca de los procedimientos asistenciales durante el trabajo de parto y hacia el/la recién nacido/a, inclusive los reglados por la presente norma.

k) Las instituciones sanitarias deberán instrumentar un modelo interdisciplinario de atención para el abordaje del consumo problemático de sustancias, vinculado a los efectos adversos del tabaco, el alcohol y/o las drogas sobre el/la niño/a y la madre.

ARTÍCULO 3°.-

a) El equipo médico interviniente deberá fomentar el contacto inmediato y sostenido del binomio madre-hijo/a, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran afectar al/la recién nacido/a. En caso de requerirse alguna práctica impostergable, corresponderá minimizarse el dolor y respetar los períodos de sueño del/la niño/a.

b) La identificación del/la recién nacido/a deberá ser ajustada a las normativas vigentes nacionales, provinciales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

c) SIN REGLAMENTAR. -

d) El tiempo mínimo recomendable de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales se establece en CUARENTA Y OCHO (48) horas para un parto vaginal y en SETENTA Y DOS (72) horas para un parto por cesárea. En todos los casos el equipo de salud deberá constatar que las condiciones psicofísicas del binomio madre-hijo/a sean las adecuadas para su externación y que se hubieran completado los estudios y eventuales tratamientos correspondientes a enfermedades de transmisión vertical.

e) El alta del/la recién nacido/a deberá realizarse brindando la adecuada información sobre el seguimiento ambulatorio, así como del desarrollo del plan de vacunación, debiendo contar el/la niño/a con las vacunas obligatorias exigibles al momento del alta, así como haberse realizado las pesquisas neonatales en conformidad con las Leyes N° 25.415 y N° 26.279, sus reglamentaciones,

modificatorias o aquellas normas que en el futuro las reemplacen.

ARTÍCULO 4°.- Se considerará al/la recién nacido/a en situación de riesgo cuando éste/a, por su estado de salud, requiera de internación hospitalaria.

a) SIN REGLAMENTAR. -

b) Los servicios de internación neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para la/s madre/s y/o el/los padres/s del/la recién nacido/a, permitiendo el contacto físico. Deberá contemplarse el acceso facilitado para otros familiares directos y/o acompañantes que la madre disponga y la acreditación de identidad como único requisito. A falta de otra prueba, se admitirá la presentación de una declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente, por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse transcurrido dicho plazo la documentación acreditante.

c) SIN REGLAMENTAR. -

d) Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa nacional vigente. El equipo de salud deberá brindar información y apoyo suficiente a la mujer para los casos en que sea necesaria la extracción de su leche para ser administrada al/la recién nacido/a.

e) SIN REGLAMENTAR. -

ARTÍCULO 5°.- SIN REGLAMENTAR.-

ARTÍCULO 6°.- Las prescripciones contenidas en el artículo 6° de la Ley N° 25.929 deberán ser interpretadas y aplicadas en los términos de las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 26.061, N° 26.529, N° 26.485, N° 26.682, y N° 26.743, normas reglamentarias, complementarias y concordantes.

ARTÍCULO 7°.- SIN REGLAMENTAR.-

LEY 5.971 - DERECHOS DEL PACIENTE, ADHESIÓN A LA LEY NACIONAL 26.529

6.6 Tablas y figuras adicionales**Año 2015****Tabla A1**

Egresos, estadía, ocupación de cama, partos y proporción de partos por egreso en Regiones Sanitarias de la Provincia de Corrientes, año 2015

Regiones Sanitarias	Número de egresos	Estadía promedio en días	Ocupación de camas (%)	Número de partos	Proporción de partos/ egreso (%)
I	43.032	5,87	66,5	5.596	13,0
II	7.663	2,29	22,9	1.706	22,3
III	11.836	3,07	35,4	2.211	18,7
IV	13.720	2,46	25,4	2.413	17,6
V	13.519	2,46	31,8	2.006	14,8
Total, provincia	89.770	4,16	47,7	13.932	15,5

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A2

Número de partos y proporción de cesáreas por regiones de la provincia de Corrientes, año 2015

Regiones Sanitarias	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
I	5.596	3.749	1.847	33,0
II	1.706	926	780	45,7
III	2.211	1.411	800	36,2
IV	2.413	1.449	964	40,0
V	2.006	952	1.054	52,5
Total, provincia	13.932	8.487	5.445	39,1

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A3*Proporción de partos sobre egresos por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2015.*

Hospitales de la provincia de Corrientes	Número de egresos	Número de partos	Proporción de partos/egreso (%)
Central Juan Ramón Vidal	11.495	2.947	25,6
Regional I Angela Llano	5.991	2.427	40,5
Regional II de Saladas	1.927	835	43,3
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	2.980	688	23,0
Regional III de Goya	7.701	1.708	22,1
Cabecera de Esquina (Reg. III)	2.828	480	16,9
Regional IV de Curuzú	4.398	797	18,1
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	2.540	650	25,5
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	1.303	177	13,5
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	4.028	725	17,9
Regional V de Santo Tomé	4.911	897	18,2
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	2.852	528	18,5
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	2.532	437	17,2
Total 13 Hospitales	55.486	13.296	23,9

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A4

Egresos, estadía, ocupación de camas y partos del Servicio de Obstetricia por hospitales de la provincia de Corrientes, año 2015.

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de egresos	Estadía promedio	Ocupación de cama (%)	Número de partos
Central Juan Ramón Vidal	4.220	5,27	76,5	2.947
Regional I Angela Llano	2.670	3,61	78,6	2.427
Regional II de Saladas	1341	1,78	27,7	835
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	993	1,75	35,0	688
Regional III de Goya	2.187	2,64	35,9	1.708
Cabecera de Esquina (Reg. III)	847	2,12	41,1	480
Regional IV de Curuzú	1.438	1,96	43,8	797
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	765	1,92	31,0	650
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	278	2,42	16,6	177
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	1.222	2,29	38,0	725
Regional V de Santo Tomé	1.276	2,92	56,1	897
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	705	1,77	38,2	528
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	693	1,68	29,5	437

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Año 2016**Tabla A5**

Egresos, estadía, ocupación de cama, partos y proporción de partos por egreso en regiones sanitarias de la Provincia de Corrientes, año 2016

Regiones Sanitarias	Número de egresos	Estadía promedio en días	Ocupación de cama (%)	Número de partos	Proporción de partos/egreso (%)
I	43.134	5,64	67,1	4.658	10,8
II	9.582	2,27	26,5	1.607	16,8
III	12.178	3,26	39,6	2.198	18,0
IV	14.344	2,38	24,3	2.471	17,2
V	13.487	2,52	33,8	2.048	15,2
Total, provincia	92.725	4,02	48,8	12.982	14,0

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A6*Número de partos y proporción de cesáreas por regiones de la provincia de Corrientes, año 2016*

Regiones Sanitarias	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción cesáreas (%)
I	4.658	3.111	1.547	33,2
II	1.607	858	749	46,6
III	2.198	1.401	797	36,3
IV	2.471	1.567	904	36,6
V	2.048	902	1.146	56,0
Total, provincia	12.982	7.839	5.143	39,6

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla A7***Proporción de partos sobre egresos por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2016.*

Hospitales de la provincia de Corrientes	Número de egresos	Número de partos	Proporción de partos/egreso (%)
Central Juan Ramón Vidal	10.500	2.453	23,3
Regional I Angela Llano	6.548	2.060	31,4
Regional II de Saladas	2.539	879	34,6
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	2.880	613	21,2
Regional III de Goya	8.119	1.749	21,5
Cabecera de Esquina (Reg. III)	2.797	425	15,1
Regional IV de Curuzú	4.311	697	16,1
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	2.880	722	25,0
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	1.349	241	17,8
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	4.056	758	18,6
Regional V de Santo Tomé	4.958	869	17,5
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	1.460	613	41,9
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	2.183	385	17,6
Total	54.580	12.464	22,8

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A8

Egresos, estadía, ocupación de cama y partos del Servicio de Obstetricia por hospitales de la provincia de Corrientes, año 2016.

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de egresos	Estadía promedio	Ocupación de cama (%)	Número de partos
Central Juan Ramón Vidal	4.138	5,65	72,2	2.453
Regional I Angela Llano	2.730	3,78	83,7	2.060
Regional II de Saladas	1456	1,98	34,6	879
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	933	1,66	24,4	613
Regional III de Goya	2.261	2,71	47,5	1.749
Cabecera de Esquina (Reg. III)	739	2,09	34,6	425
Regional IV de Curuzú	1.282	2,04	33,5	697
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	826	1,94	30,4	722
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	334	2,49	20,6	241
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	1.199	2,07	35,1	758
Regional V de Santo Tomé	1.245	3,15	60,8	1.482
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	781	1,96	42,3	613
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	649	1,62	28,8	385

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Año 2017

Tabla A9

Egresos, estadía, ocupación de cama, partos y proporción de partos por egreso en regiones sanitarias de la Provincia de Corrientes, año 2017

Regiones Sanitarias	Número de egresos	Estadía promedio en días	Ocupación de cama (%)	Número de partos	Proporción de partos/ egreso (%)
I	43.038	4,92	67,7	4.870	11,3
II	8.828	2,25	32,2	1.608	18,2
III	12.783	3,16	36,1	2.359	18,5
IV	14.904	2,41	25,7	2.596	17,4
V	12.993	2,45	32,5	2.127	16,4
Total, provincia	92.546	3,67	48,5	13.560	14,7

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A10*Número de partos y proporción de cesáreas por regiones de la provincia de Corrientes, año 2017*

Regiones Sanitarias	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción cesáreas (%)
I	4.870	3.247	1.623	33,3
II	1.608	843	765	47,6
III	2.359	1.448	911	38,62
IV	2.596	1.689	907	34,9
V	2.127	863	1.264	59,4
Total, provincia	13.560	8.090	5.470	40,3

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla A11***Proporción de partos sobre egresos por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2017.*

Hospitales de la provincia de Corrientes	Número de egresos	Número de partos	Proporción de partos/egreso (%)
Central Materno-neonatal ET de Vidal	5.220	2.700	51,7
Regional I Angela Llano	6.671	2.040	30,5
Regional II de Saladas	2.050	1.003	48,9
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	2.929	560	19,1
Regional III de Goya	8.776	1.891	21,5
Cabecera de Esquina (Reg. III)	2.833	448	15,8
Regional IV de Curuzú	4.556	728	15,9
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	2.843	709	24,9
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	1.588	290	18,2
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	3.895	819	21
Regional V de Santo Tomé	4.921	845	17,1
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	2.553	729	28,5
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	2.252	388	17,2
Total	51.087	13.150	25,7

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A12

Egresos, estadía, ocupación de cama y partos del Servicio de Obstetricia por hospitales de la provincia de Corrientes, año 2017.

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de egresos	Estadía promedio	Ocupación de cama (%)	Número de partos
Central Materno-neonatal ET de Vidal	4.129	5,93	74,1	2.700
Regional I Angela Llano	2.891	3,63	89,7	2.040
Regional II de Saladas	1472	2,11	30,1	1.003
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	1.005	1,8	32,2	560
Regional III de Goya	2.329	2,68	52,1	1.891
Cabecera de Esquina (Reg. III)	753	2,05	35,1	448
Regional IV de Curuzú	1.387	2,03	42,2	728
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	719	1,99	32,9	709
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	411	2,29	23,5	290
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	1.223	2,28	38,7	819
Regional V de Santo Tomé	1.163	3,12	55	845
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	980	1,58	51,8	729
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	575	1,85	28,9	388

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Año 2018

Tabla A13

Egresos, estadía, ocupación de cama, partos y proporción de partos por egreso en regiones sanitarias de la Provincia de Corrientes, año 2018

Regiones Sanitarias	Número de egresos	Estadía promedio en días	Ocupación de cama (%)	Número de partos	Proporción de partos/ egreso (%)
I	42.869	5,1	48,9	5.094	11,9
II	7.986	2,2	22,6	1.624	20,3
III	13.200	3	37	2.518	19,1
IV	14.625	2,4	25,2	2.463	16,8
V	11.225	2,4	30,7	2.053	18,3
Total, provincia	89.905	3,7	48,9	13.752	15,3

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A14*Número de partos y proporción de cesáreas por regiones de la provincia de Corrientes, año 2018*

Regiones Sanitarias	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
I	5.094	3.328	1.766	34,7
II	1.624	879	745	45,9
III	2.518	1.518	1.000	39,7
IV	2.463	1.561	902	57,8
V	2.053	872	1.181	57,5
Total, provincia	13.752	8.158	5.594	40,7

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla A15***Proporción de partos sobre egresos por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2018.*

Hospitales de la provincia de Corrientes	Número de egresos	Número de partos	Proporción de partos/egreso (%)
Central Materno-neonatal ET de Vidal	5338	2.798	52,4
Regional I Angela Llano	7159	2.164	30,2
Regional II de Saladas	1816	973	53,5
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	2710	611	22,5
Regional III de Goya	8735	2.072	23,7
Cabecera de Esquina (Reg. III)	3007	436	14,4
Regional IV de Curuzú	4185	715	17,0
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	2867	643	22,4
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	1413	209	14,7
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	3953	856	21,6
Regional V de Santo Tomé	4871	800	16,4
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	1128	685	60,7
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	2384	462	19,3
Total	49.566	13.424	27,0

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A16

Egresos, estadía, ocupación de cama y partos del Servicio de Obstetricia por hospitales de la provincia de Corrientes, año 2018.

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de egresos	Estadía promedio	Ocupación de cama (%)	Número de partos
Central Materno-neonatal ET de Vidal	4.235	6	69,9	2.798
Regional I Angela Llano	3.118	4	92,1	2.164
Regional II de Saladas	1522	2,2	37,3	973
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	971	1,9	35,5	611
Regional III de Goya	2.513	2,7	58,2	2.072
Cabecera de Esquina (Reg. III)	788	2	36,5	436
Regional IV de Curuzú	1.366	2	40,6	715
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	741	2,3	36,3	643
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	304	2,1	16,2	209
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	1.318	2,2	41,9	856
Regional V de Santo Tomé	1.116	3,1	53,1	800
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	314	1,5	50,3	685
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	706	2	35,0	462

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias

Año 2019

Tabla A17

Egresos, estadía, ocupación de cama, partos y proporción de partos por egreso en regiones sanitarias de la Provincia de Corrientes, año 2019

Regiones Sanitarias	Número de egresos	Estadía promedio en días	Ocupación de cama (%)	Número de partos	Proporción de partos/ egreso (%)
I	37.468	5,1	62,9	4.731	12,6
II	6.685	2,4	25,3	1.588	23,8
III	15.449	2,7	38,8	2.284	14,8
IV	15.683	2,7	26,8	2.448	15,6
V	11.449	2,4	32,6	1.825	15,9
Total, provincia	86.734	3,7	47,7	12.876	14,8

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A18*Número de partos y proporción de cesáreas por regiones de la provincia de Corrientes, año 2019*

Regiones Sanitarias	Número de partos	Vaginales	Cesáreas	Proporción de cesáreas (%)
I	4.731	3.074	1.657	35,0
II	1.588	762	826	52,0
III	2.284	1.348	936	41,0
IV	2.448	1.428	1.020	41,7
V	1.825	774	1.051	57,6
Total, provincia	12.876	7.386	5.490	42,6

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.**Tabla A19***Proporción de partos sobre egresos por Hospitales de la provincia de Corrientes, año 2019.*

Hospitales de la provincia de Corrientes	Número de egresos	Número de partos	Proporción de partos/egreso (%)
Central Materno-neonatal ET de Vidal	4.770	2.552	53,5
Regional I Angela Llano	7.085	2.097	29,5
Regional II de Saladas	1.578	905	57,3
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	3.095	671	21,6
Regional III de Goya	11.055	1.865	16,8
Cabecera de Esquina (Reg. III)	3.007	408	13,5
Regional IV de Curuzú	4.609	688	14,9
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	3.400	654	19,2
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	1.476	191	12,9
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	4169	885	21,2
Regional V de Santo Tomé	4.914	737	14,9
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	995	610	61,3
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	2448	437	17,8
Total	52.601	12.700	24,1

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Tabla A20

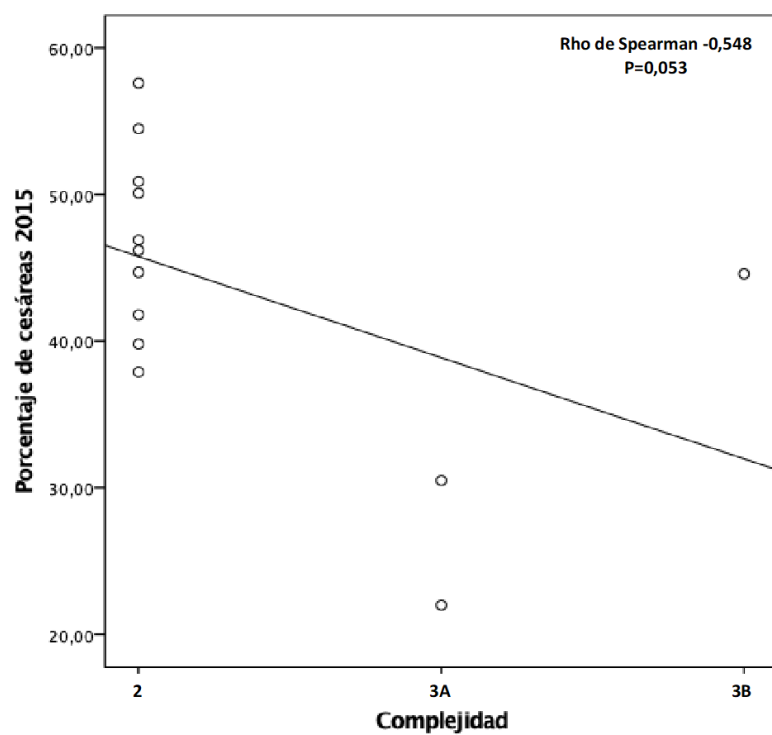
Egresos, estadía, ocupación de camas y partos del Servicio de Obstetricia por hospitales de la provincia de Corrientes, año 2019.

Servicios de Obstetricia de Hospitales	Número de egresos	Estadía promedio	Ocupación de cama (%)	Número de partos
Central Materno-Neonatal ET de Vidal	3.742	6,3	61,1	2.552
Regional I Angela Llano	3.072	4,5	91,2	2.097
Regional II de Saladas	1397	2,6	39	905
Cabecera de Bella Vista (Reg. II)	1.044	2	33,2	671
Regional III de Goya	2.292	2,7	56,2	1.865
Cabecera de Esquina (Reg. III)	732	2,3	37,9	408
Regional IV de Curuzú	1.396	2	40,8	688
Cabecera de Mercedes (Reg. IV)	784	2,1	34	654
Cabecera de Monte Caseros (Reg. IV)	294	2,2	15,7	191
Cabecera de Paso de los Libres (Reg. IV)	1.274	2,3	40,9	885
Regional V de Santo Tomé	1.034	3,1	48,5	737
Cabecera de Virasoro (Reg. V)	320	1,5	46,9	610
Cabecera de Ituzaingó (Reg. V)	650	1,8	30,8	437

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de los informes de estadísticas hospitalarias.

Figura A1

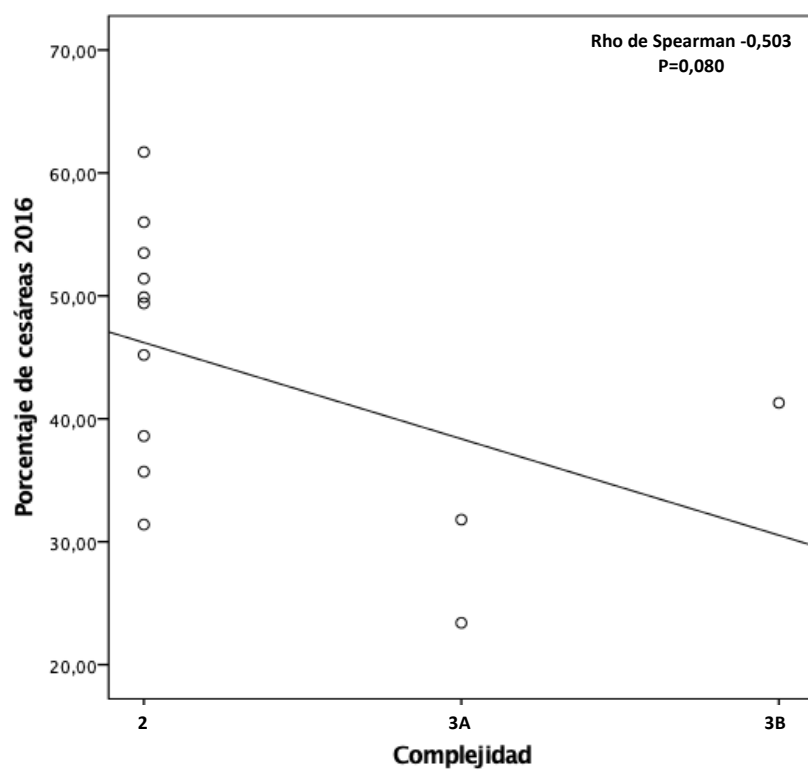
Correlación entre la proporción de cesáreas y la complejidad hospitalaria de la provincia de Corrientes, año 2015



Fuente: elaboración propia.

Figura A2

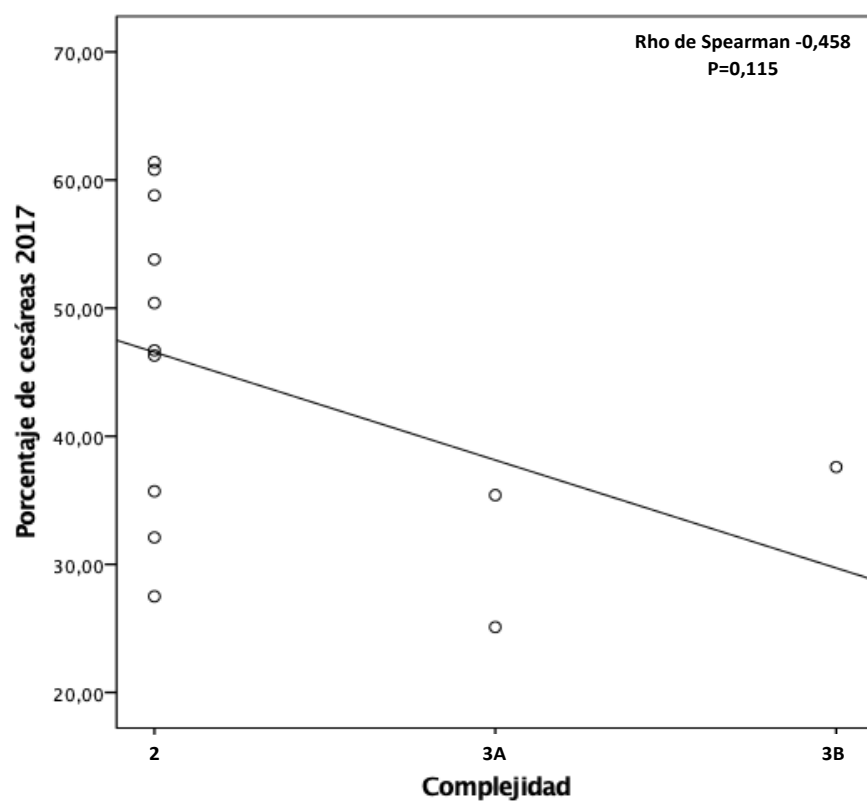
Correlación entre la proporción de cesáreas y la complejidad hospitalaria de la provincia de Corrientes, año 2016



Fuente: elaboración propia.

Figura A3

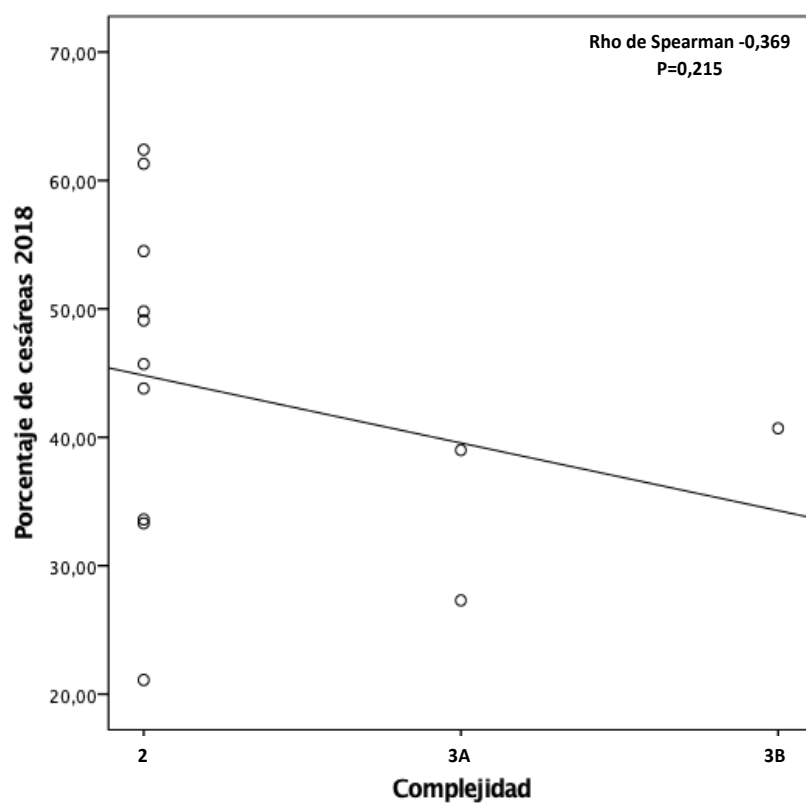
Correlación entre la proporción de cesáreas y la complejidad hospitalaria de la provincia de Corrientes, año 2017



Fuente: elaboración propia.

Figura A4

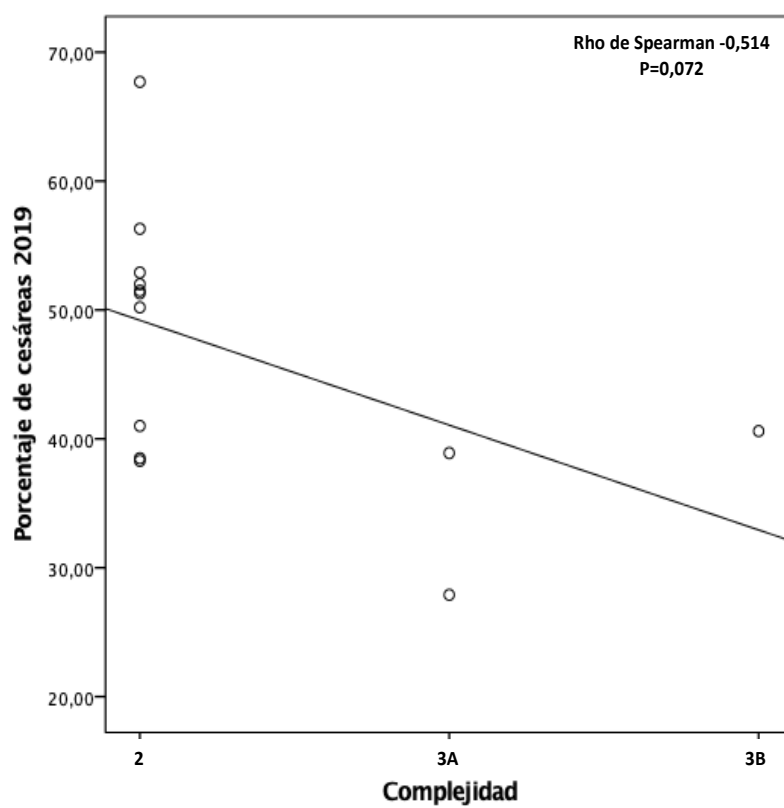
Correlación entre la proporción de cesáreas y la complejidad hospitalaria de la provincia de Corrientes, año 2018



Fuente: elaboración propia.

Figura A5

Correlación entre la proporción de cesáreas y la complejidad hospitalaria de la provincia de Corrientes, año 2019



Fuente: elaboración propia.