

Grau de Sociologia

Medicalització del part: Les cesàries innecessàries

Una anàlisi multidimensional sobre l'abús de les cesàries a Espanya.
Factors que les condicionen i conseqüències sobre la salut

Autoria: Àngel Aguiló Zuzama

Tutoria: Clemente Formoso Araujo

Departament: Departament de Sociologia

Curs acadèmic: 2022-2023



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Economia
i Empresa

Resum

La cesària és una operació que ha contribuït a prevenir moltes complicacions en el part i, fins i tot, a salvar moltes vides. No obstant, l'augment d'aquestes en les darreres dècades està esdevenint un risc per la salut, ja que el part per cesària comporta més riscos per a la salut que el part natural. A aquest treball, s'analitza quina és la situació que presenta Espanya davant de les cesàries. S'ha comparat la taxa de cesàries d'Espanya amb altres països, la de les diferents comunitats autònomes i la dels diferents hospitals, tenint en compte el tipus d'hospital i el nombre de parts que atenen, entre els anys 2001 i 2020. S'han investigat també quins són els factors que influeixen a la realització de cesàries envers el part vaginal. Els resultats obtinguts apunten que Espanya presenta unes xifres de cesàries molt més altes del recomanable, superant a molts dels països europeus. Pel que fa a les comunitats autònomes, el País Basc és l'única comunitat autònoma que s'aproxima a l'estàndard desitjat. En últim lloc, en l'anàlisi dels hospitals, s'ha vist que els privats i els que atenen menys parts són els que realitzen més cesàries. Això vendria condicionat per factors econòmics, tant per manca d'inversió com per enriquiment del sector privat, per la falta de personal, i per la lliure elecció desinformada quant al tipus de part. Amb tot això, queda evidenciada la necessitat de prendre mesures per disminuir la taxa de cesàries a Espanya, garantint així la salut de mares i fills.

Paraules clau: part per cesària, taxa de cesàries, medicalització, riscos per a la salut, part vaginal.

Abstract

Caesarean is an operation that has helped prevent many complications in childbirth and even save many lives. However, the increase in these over the last few decades is becoming a health risk, as caesarean delivery carries more health risks than natural deliveries. In this work, we analyse the situation about caesarean section in Spain. The caesarean rate in Spain has been compared with the ones in other countries, in the different autonomous communities and different hospitals, considering the kind of hospital and the number of births it attends, between years 2001 and 2020. Research has also been carried out into the factors that influence the making of caesarians in the vaginal delivery. The results obtained suggest that Spain has a much higher caesarean than would be desirable, surpassing many European countries. As far as the autonomous communities are concerned, the Basque Country is the only autonomous community that approaches the desired standard. Finally, in the hospital analysis, it has been shown that the private ones and those who attend the least amount of deliveries are the ones who make the most caesarean section. This would be caused by economic factors, both because of the lack of investment and because of the enrichment of the private sector, together with the lack of staff and the uninformed free choice given to deliver. All this proves the need to take the right measures to reduce the Caesarean rate in Spain, thereby guaranteeing the health of mothers and children.

Key words: caesarean section, caesarean rate, medicalization, health risks, vaginal delivery.

ÍNDEX

	Pàg.
I. Introducció	3
II. Marc teòric	
2.1. Introducció a la cesària: Conceptes bàsics i criteris d'aplicació	5
2.2. Riscos per a la salut relacionats amb la cesària	6
2.3. Context actual: l'abús de les cesàries	8
2.4. Les cesàries com a procés de medicalització	12
III. Metodologia	16
IV. Anàlisis	
4.1. Taxa de cesària a Espanya	19
4.2. Taxa de cesària d'Espanya en comparació a altres membres de la OCDE	21
4.3. Taxa de cesàries per comunitats autònomes	25
4.4. Taxa de cesàries entre diferents hospitals	28
4.5. Factors que influeixen en les taxes de cesàries a Espanya	32
V. Conclusions	36
VI. Bibliografia	39

I. INTRODUCCIÓ

La temàtica principal que aborda aquest treball és l'abús que es fa a Espanya del part per cesària. De manera més concreta, com és la situació a Espanya al voltant de les cesàries, quin percentatge de cesàries es realitzen, quins factors condicionen la realització d'aquestes cesàries i quins efectes tenen sobre la salut de les mares i els seus fills. Es vol analitzar quins són els factors que intervenen a l'hora de decidir quin tipus de part es realitza i, si aquests factors no atenen a motius mèdics, podríem estar parlant d'un procés de medicalització (Gøtzsche, 2013). Quan parlem de medicalització, parlem d'aquelles situacions en què es troba una persona, que sense ser un problema per a la salut de la persona, són tractades com a tal. A conseqüència són tractades mitjançant recursos mèdics, com medicaments, operacions, teràpies... (Gérvás i Pérez-Fernández, 2020). En el cas de la cesària, parlariem de medicalització si aquesta es du a terme de manera que no suposa una millora per a la salut de la mare ni serveix per evitar possibles situacions que empitjorarien la seva salut.

La cesària és una intervenció quirúrgica que finalitza l'embaràs i esdevé una alternativa al part vaginal per donar a llum al nadó. Aquesta cirurgia es tracta d'una incisió a l'úter de la mare a través de la qual s'extreu el nadó. Aquest tipus d'intervenció es realitzen quan el part vaginal pot suposar un risc per a la salut de la mare o el fill, sent una alternativa segura per donar a llum. Parlem d'una alternativa segura, ja que aquesta és una operació de baix risc, tot i que pot tenir conseqüències per a la salut de la mare i el fill, per exemple, un major temps de recuperació postpart. S'entén que la cesària es durà a terme sempre que hi hagi un risc per la mare o el fill i, per tant, aquestes possibles conseqüències de la intervenció esdevenen un risc totalment assumible. El que volem esbrinar a aquest estudi, és si la cesària es realitza sempre com una eina per evitar riscos o si, per altra banda, hi ha altres motius que provoquen que es realitzi el part d'aquesta manera. En aquest cas, estariem parlant d'un procés de medicalització del part.

En resum, aquest treball té tres principals objectius. El primer és analitzar la situació d'Espanya respecte a les cesàries. Quin percentatge de cesàries és fan, com ha evolucionat durant els anys aquest percentatge, com és la situació d'Espanya en diferència a altres països, com són les cesàries a diferents parts del país... El segon objectiu és esbrinar si a Espanya s'està perpetuant un abús de les cesàries. En cas afirmatiu, desxifrar com es dona aquest excés de cesàries, que influeix en el fet que es facin més cesàries de les necessàries, a quins llocs es donen més i qui està realitzant aquestes cesàries. Per últim, també es vol descobrir quins són els factors que estarien produint que es realitzessin cesàries en casos en els quals no hi ha un motiu mèdic real, és a dir, saber quins factors no-mèdics influeixen en el fet de que es faci un part per cesària i com es pot evitar que això succeeixi.

Una de les principals hipòtesis és que a Espanya es duen a terme més cesàries de les necessàries. Es creu que a Espanya es realitzen més cesàries que a països amb característiques similars, i que el fet que es produeixin més cesàries esdevé un risc per a la salut en alguns casos. Aquells on no hi ha havia un perill previ en la realització del part vaginal. Un altre resultat que s'espera trobar, és que a tot el territori espanyol existeix aquest excés de cesàries, tot i que pugui haver-hi alguna petita diferència entre els diferents territoris. L'última hipòtesi és que un dels factors que influeix en que es realitzin cesàries innecessàries és la falsa creença que les cesàries són més segures, juntament amb el fet que aquest mètode evita certs dolors del part (tot i que pugui produir més dolor postpart, ja que té una recuperació més lenta). És a dir, aquesta última hipòtesi apunta que algunes dones escollirien tenir un part per cesària per comoditat, i amb el pensament que és un mètode més segur.

La importància d'aquest treball resideix no només en oferir una àmplia visió sobre la realitat del part a Espanya, sinó que pretén visibilitzar una problemàtica social que té repercussions per a la salut de les dones i els seus fills. D'aquesta manera aquest estudi adquireix doble rellevància. Primerament, perquè pot donar a conèixer de manera multidimensional la realitat respecte a les cesàries a Espanya, donant una perspectiva més àmplia sobre en quina mesura es realitza aquesta intervenció i en quines circumstàncies es fa més o menys. En segon lloc, aquest treball pot ajudar a agrupar quines són les causes que porten a que es realitzin cesàries, més enllà de les causes mèdicament justificades. Així poder donar llum a una situació que té efectes perjudicials per a mares i fills, i donar indicis sobre un possible full de ruta cap a solucionar aquest problema.

Per tal de perseguir els objectius anteriorment esmentats, es voldrà saber que ens diu la bibliografia científica existent, tant d'una perspectiva sanitària com d'una perspectiva més social del problema. A més a més, es voldrà saber que ens expliquen les dades sobre la realitat d'Espanya en quant a les cesàries, quin percentatge de cesàries es fa a Espanya, com ha evolucionat en el temps, com és aquesta taxa als diferents territoris o centres sanitaris d'Espanya, entre d'altres moltes dades. Caldrà relacionar la informació sobre les taxes de cesàries amb altres variables per tal d'esbrinar en quines circumstàncies aquestes taxes són més altes o més baixes. La combinació de les dades i de la informació ja existent ens ajudaran a reflectir en quina situació és troba Espanya en quant a les cesàries i detectar si s'està fent un abús d'aquesta pràctica. A partir d'aquest punt, i també de manera combinada entre dades estadístiques i bibliografia socio sanitària, es podrà aprofundir sobre quines són les causes que influeixen a la taxa de cesàries d'Espanya. Esbrinar també com aquestes causes expliquen les diferències o similituds entre les cesàries dins i fora d'Espanya, entre diferents parts del territori espanyol o en les diferents situacions al voltant del part.

II. MARC TEÒRIC

2.1 Introducció a la cesària: Conceptes bàsics i criteris d'aplicació

El concepte de cesària fa referència a una intervenció quirúrgica que s'utilitza per finalitzar l'embaràs o el part. Es tracta d'una operació que necessita anestèsia general o epidural i consisteix en l'apertura de l'úter per tal d'extreure el fetus. Aquesta definició seria la que de manera més senzilla pot explicar el concepte de cesària, tot i així, la majoria de diccionaris i institucions mèdiques afegeixen a la definició un altre element, afegeixen en quines circumstàncies es realitza. Per exemple la definició que ens dona el Diccionari Panhispànic de l'Espanyol Jurídic afegirà: "i que es realitza quan el part vaginal no es possible per poder comportar algun risc per la mare o el fetus". De la mateixa manera la Conselleria de Salut de la Comunitat Valenciana afegeix al final de la seva definició "s'utilitza per finalitzar un embaràs quan hi ha causes maternes fetals o ovulars que desaconsellen el part vaginal". Aquest tipus de definicions exposen l'estreta relació que hi ha entre la cesària i el perquè de la seva aplicació.

En les definicions de cesària ja trobem un dels principals criteris que s'empren per determinar si realitzar un part vaginal o per cesària. La premissa és que el part vaginal comporti un risc per la mare o el fetus, és a dir, en el cas que no existeixi aquest risc el procés a seguir seria el part natural. Dins aquests riscos cap a la mare o el fetus, hi ha diferents articles i organitzacions que estableixen quines situacions són considerades com un risc suficient per realitzar la cesària. Aquestes situacions es poden dividir en dos blocs, les que són un risc per la mare i les que són un risc pel fetus. Les condicions perilloses per a la salut de la mare que poden conduir a aplicar una cesària són: haver tingut cesàries prèvies, cirurgies prèvies a l'úter, càncer de coll uterí, desproporció entre la mida de la pelvis i les dimensions del fetus i malalties que impedeixin l'esforç del part vaginal. En el cas d'aquelles situacions perilloses pel fetus trobem: posicions no adients pel part vaginal, gestació múltiple, placenta prèvia (el canal uterí queda obstruït), malformacions i col·locació perillosa del cordó umbilical (Laguado, 2011). Cal tenir en compte altres situacions que no depenen de les condicions prèvies de la mare o el fetus, sinó de diferents problemes durant el part o l'embaràs com ara el despreniment prematur de la placenta o complicacions en la progressió del part.

Quan parlem de les diferents condicions que poden portar a realitzar una cesària cal tenir en compte que aquestes no comporten necessàriament la utilització d'aquest mètode, és a dir, quan es doni alguna d'aquestes situacions, pot ser possible la intervenció quirúrgica del part, però no en tots els casos serà necessària. El metge serà qui ho determinarà (Villanueva, 2004). D'aquesta manera aquestes situacions de risc seran factors condicionants al part per cesària, no factors determinants.

Un dels indicadors que ens ajuda a esbrinar com són els parts als diferents territoris, institucions i al llarg del temps és la taxa de cesàries. Aquesta taxa ens indica la proporció de cesàries que s'han realitzat en relació amb els parts totals en un determinant període de temps. En les últimes dècades la taxa de cesàries a escala mundial s'ha vist incrementada. Per altra banda, les organitzacions de salut internacionals, com l'Organització Mundial de la Salut (OMS), recomanen que la taxa de cesàries es mantingui per sota del 15% per tal evitar complicacions innecessàries per a la mare i el nadó. Tot i que la cesària pot ser una intervenció mèdica segura, també comporta riscos com qualsevol altra cirurgia. D'aquesta manera l'OMS situa el llindar correcte de la taxa de cesàries entre un 10 i un 15%, estimant que aquests percentatges ja tenen en compte la variabilitat de casos on la dona o el fetus pot estar sota perill i per tant s'ha de realitzar una cesària.

Aquesta mateixa organització, l'OMS, el juny de 2021 estimava que a nivell mundial les cesàries es situaven al voltant del 21% del total de parts. A més a més, preveu que aquesta xifra podria assolir el 29% l'any 2030. Cal tenir en compte que aquest percentatge de cesàries no es distribueix de forma igual a totes les parts del planeta. Als països menys desenvolupats aquestes xifres no passen del 8%, mentre que als països desenvolupats o en desenvolupament aquestes xifres es disparen, trobant a Brasil, Egipte, República Dominicana, Xipre i Turquia per sobre del 50% de parts per cesària. Aquest panorama ens deixa amb alguns territoris on la manca de cesàries pot suposar situacions de risc per a mares i fetus, i altres on són les cesàries innecessàries les que comporten aquests riscos.

2.2. Riscos per a la salut relacionats amb la cesària

Les cesàries són una intervenció mèdica comuna per a donar a llum, però també comporten alguns riscos per a la mare i el nadó. Aquests riscos poden variar en funció de diversos factors, com ara la salut general de la mare, la complexitat de la cirurgia i el tipus de cesària que es realitzi. Un dels riscos més comuns de la cesària és la infecció de la ferida o de la matriu. Aquest tipus d'infecció pot ser causada per bacteris que entren a la ferida durant la cirurgia o per bacteris que es troben a la matriu. Els símptomes d'una infecció de la ferida de la cesària inclouen dolor, calor, vermellor i inflamació al voltant de la ferida, i febre. (Uzcátegui, 1995). Cal destacar que amb el pas dels anys aquest tipus d'infeccions s'han anat reduint, tot i que, segueixen sent una de les possibles conseqüències a tenir en compte d'aquest tipus de parts.

Altres riscos comuns de la cesària són les reaccions adverses a l'anestèsia, coàguls de sang, i, en casos rars, la possibilitat de trencar la matriu durant la cirurgia. Les dones que han tingut

una cesària també poden tenir un risc lleugerament superior de patir un part prematur o una placenta prèvia en els embarassos futurs (Laguado, 2011). La placenta prèvia és una condició en la qual la placenta es situa molt a prop o cobreix el coll de l'úter, cosa que pot dificultar el part vaginal i comportar complicacions.

Més enllà dels riscos que sofreixen les mares, les cesàries també poden comportar riscos per al nadó. Els nadons que neixen per cesària tenen un risc lleugerament superior de patir problemes respiratoris, ja que no passen pel canal vaginal i no es beneficien de l'exposició a les hormones del part que ajuden a preparar els pulmons per a respirar. Els nadons també poden patir problemes de succió o dificultats per a establir l'alletament si no han estat exposats al part vaginal. Un altre problema associat a les cesàries és el risc de donar a llum a nadons prematurs o amb baix pes. El risc és més alt en els casos en què la cesària es realitza abans de les 37 setmanes d'embaràs. Aquest risc va associat amb els anteriors, ja que els nadons prematurs o amb baix pes poden patir problemes de salut a curt i llarg termini, com ara problemes respiratoris, problemes de creixement i dificultats per a establir l'alletament (Ceriani, 2010). Totes aquestes possibles conseqüències del part per cesària tenen una perspectiva a curt termini, caldria investigar més sobre quin efecte té aquest tipus de part en el desenvolupament de la vida i, si aquest tipus de problemes de salut que es poden trobar en els nadons, tenen efectes al llarg de la vida.

A més d'aquests riscos específics, la cesària també pot comportar una recuperació més lenta i dolorosa que el part vaginal. Les dones que han tingut una cesària poden experimentar més dolor abdominal i dificultat per a realitzar activitats quotidianes durant les primeres setmanes després de la cirurgia. També poden patir problemes de cicatrització i incontinència urinària temporal (Uzcátegui, 1995). En resum, tot i que les cesàries són una intervenció mèdica segura, en molts casos, també comporten alguns riscos per a la mare i el fetus. És important considerar aquests riscos i tenir en compte les possibles alternatives abans de decidir si és necessària una cesària.

Una altra preocupació relacionada amb la taxa cada vegada més alta de cesàries és el seu impacte en el sistema de salut. Les cesàries són més costoses que els parts vaginals i poden suposar una càrrega econòmica per als hospitals. A més, l'augment de la taxa de cesàries pot contribuir a la falta de llits d'hospital i a la sobrecàrrega dels serveis sanitaris.

2.3. Context actual: l'abús de les cesàries

Quan parlem d'abús de les cesàries, estem parlant d'aquelles cesàries que es duen a terme quan el risc que té l'embaràs o el part, en funció dels criteris que s'han explicat abans, no ens indiquen aquesta operació com al millor mètode pel part. D'aquesta manera s'entén també que tots els riscos que comporta la cesària i que han estat prèviament esmentats, són riscos que en cas que el part vaginal sigui perillós per mare o nadó, s'hauran d'assumir. És a dir, el criteri al qual s'atén per delimitar si una cesària està sent o no innecessària o abusiva és si el fet de realitzar-la evita més perills dels que comporta. D'aquesta manera els següents articles i estudis que s'exposaran a continuació, fan referència a embarassos de baix risc als quals, en principi, el protocol seria finalitzar-los amb un part vaginal.

En aquesta via, l'article "Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal" (2010), analitza la morbiditat (nombre de persones malaltes en un lloc i espai concrets) dels nounats entre nascuts per part natural i per cesària en els casos d'embarassos amb baix risc. Per analitzar aquest fet analitzaren a 2021 infants dels quals 1120 havien nascut per part vaginal i 901 per cesària. En ambdós grups les característiques de les mares i les condicions dels fetus eren molt similars, l'única excepció era l'edat de la mare i el pes de naixement, que mostrava algunes diferències entre els dos grups. Als nascuts per cesària la mitjana d'edat de la mare era lleugerament superior i els nadons varen néixer pesant una mica menys.

Els resultats en termes globals varen reflectir que els nascuts per cesària tenien una major morbiditat que els nascuts per part vaginal, el 9% i el 6,6% respectivament. Quant a morbiditat respiratòria els nascuts per cesària també presentaren uns percentatges més elevats. En aquest cas les diferències es feren notòries en els nascuts abans de les trenta-vuit setmanes, a aquest grup un 7,4% dels nascuts per cesària varen presentar malalties respiratòries enfront del 2,1% dels nascuts per via vaginal. Els nascuts a partir de les 39 setmanes no varen mostrar diferències significatives quant a morbiditat respiratòria.

Les diferències entre nascuts per cesàries i nascuts per part vaginal reflectides a aquest estudi, no només contemplaren la morbiditat, sinó la intensitat d'aquestes malalties i altres efectes sofrits per les mares. Un 9,5% dels nounats provinents de cesària que van emmalaltir, varen ser internats a l'UCI. Dels nascuts per via vaginal que van emmalaltir, tan sols un 6,1% van entrar a l'UCI. Pel que fa als efectes percebuts per la mare, les mares que havien parit per cesària varen notificar més dolor durant el període de recuperació postpart (35-40 dies) que les mares que havien parit de forma natural. Pel que fa a la lactància, tot i que de manera poc significativa, les mares que havien tingut un part vaginal varen tenir un major percentatge de lactància materna exclusiva en el moment de l'alta (96% enfront del 90% de les mares que

havien tingut un part per cesària). En definitiva, tant els infants com les mares dels parts que havien estat per cesària en embarassos de baix risc, varen sofrir una major morbiditat o dolor postpart.

En aquesta mateixa via trobem l'article "Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term" (2007). Aquest estudi analitza les diferències de mortalitat materna i morbiditat greu entre els parts de baix risc programats per cesària i els programats per part vaginal. La diferència amb l'estudi anterior és que aquest compta amb una base de dades molt més àmplia, i això li permet analitzar aquestes situacions més extremes tot i que siguin menys freqüents. Les dades utilitzades per a l'elaboració d'aquesta investigació provenen de l'Institut Candenc d'Informació Sanitària. Aquest estudi fa servir les dades recollides durant catorze anys. La mostra de parts programats per cesària es forma per 46.766 dones i la de parts naturals per 2.292.420 dones.

Als resultats veiem com els parts per cesària presentaven percentatges d'incidències més alts per quasi totes les malalties greus que l'estudi analitzava (10 de les 13 que s'analitzaren). Això ens deixa amb un 27,3% de morbiditat materna greu a les cesàries triplicant el 9,0% de les dones amb part vaginal programat. Pel que fa a la mortalitat de les mares, cap mare del grup dels parts programats per cesària va morir, enfront de 41 morts del grup del part vaginal. Donada la gran diferència de mida entre les dues mostres aquestes dades tampoc aporten cap resultat concloent sobre la relació entre la mortalitat i el tipus de part. Tot i les limitacions de l' estudi, en quant a l'especificitat de la seva recerca, aquest ens aporta una resposta clara respecte a la morbiditat com a resultat dels parts de baix risc programats per cesària. Juntament amb l'article anterior, resol que les cesàries en embarassos de baix risc generen més perills que beneficis, ensenyant així una pràctica mèdica que va en contra dels interessos del pacient i que, de fet, pot empitjorar la seva salut i la del nou-nat.

L'augment de les cesàries en les darreres dècades és quelcom que s'està estenent de manera generalitzada als països desenvolupats i en desenvolupament i ,com hem vist en aquests dos darrers articles, les cesàries als embarassos de baix risc acaben sent més perillosos que els parts vaginals. D'aquesta manera ens quedarà esbrinar també com és aquesta realitat a Espanya, quins factors s'han analitzat al voltant de les cesàries i quins s'han deixat de banda. Un article que ha estat de gran utilitat per acabar d'aprofundir en aquesta línia és "Percentatge de cesàries en dones de baix risc: un indicador útil per comparar hospitals que atenen parts de riscos diferents" (2014). Aquest article tenia com a objectiu analitzar els diferents comportaments dels hospitals públics de la Comunitat Valenciana quant als parts per cesària. Per tal de fer això es comparen les taxes de cesàries només per aquells parts de baix risc.

Els resultats obtinguts per l'estudi demostra que hi ha una gran variabilitat pel que fa a les taxes de cesàries dels diferents hospitals. Això sobta molt, ja que com s'ha explicat abans, l'estudi compara entre els diferents hospitals pel mateix tipus de casos, embarassos de baix risc i ,per tant, es podria esperar que encara que hi pugui haver certa variabilitat, els resultats fossin uniformes. El percentatge global de cesàries dels hospitals fou del 24,4%, en un rang entre el 16,3% a l'hospital que menys cesàries realitzava per qualsevol mena d'embaràs, i un 41,2% pel que més. Pel que fa als embarassos de baix risc es duïen a terme un 11,9% de cesàries en el global d'hospitals, sent un 7,0% el que menys i un 28,9% el que més. Els dos hospitals que varen tenir unes taxes més altes de cesàries per embarassos de baix risc, eren hospitals que atenien molt pocs parts en comparació a la mitjana, mentre que l'hospital que atenia més parts, va obtenir unes taxes de cesàries inferiors a la mitjana.

Aquesta darrera dada aportada per l'article sobre la taxa de cesàries en funció a la quantitat de parts que atenen els hospitals, és l'única que ens fa sortir una mica del pensament que la realització de les cesàries, sobretot en els casos on no hi ha un risc evident, és gairebé arbitrària. Amb un panorama on els efectes adversos de les cesàries són molt clars, i des de la comunitat científica, hi ha en gran part consens sobre la seva utilització per evitar riscos majors, sembla totalment il·lògic el fet que es realitzi un nombre tan gran de cesàries als embarassos que són de baix risc. A més a més, el fet que a diferents hospitals hi hagi una variació tan gran sobre la taxa de cesàries per a circumstàncies similar, fa sospitar que falta cert criteri científic per a poder definir amb claredat en quines ocasions la cesària esdevé una operació que prevé de perills majors, o és un perill en si mateix.

L'any 2014, l'OMS, va du a terme una revisió sistèmica de la bibliografia científica al voltant d'aquest tema. L'objectiu era identificar i sintetitzar les conclusions de tot aquest recull de bibliografia, analitzant així l'associació que hi ha entre les taxes de cesàries i els resultats materns perinatals i neonatals. A més a més, també es va investigar aquesta mateixa relació de les taxes de cesàries i els resultats a les mares i nadons utilitzant les dades més recents globalment en quant a cesàries.

Una de les principals conclusions que van extreure, i pot ser la més important, és que a mesura que la taxa de cesàries augmenta fins a un 10%-15% es redueix la mortalitat materna i neonatal. Quan aquest nivell es supera l'efecte en tant a reducció de la mortalitat desapareix. És a dir, fins al 15% de taxa de cesària, podem entendre que s'estan incloent aquells casos que de no tenir un part per cesària podrien acabar en la mort de la mare però a partir d'aquest punt l'efecte sobre la mortalitat es perd. A més a més, expliquen que quan es tenien en compte els factors socioeconòmics, aquesta relació es reduïa, és a dir, que tenen més efecte en la

mortalitat les característiques socioeconòmiques que faran que una persona necessiti o no la cesària, que la cesària en si. Tenint en compte les característiques socioeconòmiques els efectes de les taxes de cesària per reduir la mortalitat desapareixien al 10%.

Una altra conclusió que es va obtenir d'aquesta investigació, és la importància de la qualitat de l'atenció sanitària de cada país a l'hora d'analitzar les taxes de cesària i la mortalitat. Afirmar que el fet de sotmetre's a una operació com una cesària implica un risc en si mateix. Aquest tipus d'operacions exposen al pacient a risc d'infeccions i complicacions per la cirurgia. Als llocs on hi hagi una carència d'instal·lacions adequades, protocols sanitaris i falta de capacitat per practicar aquest tipus d'intervencions el risc augmentarà. D'aquesta manera cal tenir en compte les condicions en que es fan les cesàries quan es relaciona la mortalitat amb la taxa d'aquestes.

Pel que fa a les limitacions que presenta aquesta investigació de l'OMS, en trobem dos principalment. Per una banda, detalla que les dades actuals, en la comparació entre taxa de cesàries i mortalitat, no permet extreure conclusions sobre aquells llocs on la taxa de cesàries supera el 30%. Per altra banda, explica que més enllà de la mortalitat, seria de gran interès poder relacionar les taxes de cesàries amb la mortinatalitat i la morbiditat, com hem vist que altres estudis en àmbits més reduïts poden fer. Aquest tipus d'anàlisi va ser impossible per la falta de dades. Cal destacar, que quan s'analitza la mortalitat en comparació a la cesària, els resultats obtinguts ens donen més informació dels països menys desenvolupats, ja que en els altres la mortalitat és molt menor. A més a més, també recalca la importància d'afegir en un futur les implicacions psicològiques com a possibles conseqüències d'un tipus de part o un altre.

A partir d'aquesta gran investigació del 2014, es va fer notòria la necessitat d'obtenir més dades sobre les cesàries. Aquestes dades haurien de donar primerament la possibilitat de comparar indicatius de morbiditat lleu i greu, mortalitat i mortinatalitat i, a més, servir per esbrinar a què es deu la pràctica excessiva o la manca de l'ús de la cesària i poder establir així un criteri comú que indiqui el camí a seguir en quant a quins casos s'han de realitzar les cesàries per minimitzar els riscos de les pacients i els nounats. Amb aquest objectiu l'OMS va crear la classificació Robson. Aquesta classificació crea deu perfils de dones a partir de si han tingut fills prèviament, com ha iniciat el part, l'edat gestacional, la posició del fetus i la quantitat de fetus. D'aquesta manera es podria recollir la informació en funció d'aquests perfils i veure les diferències entre els diferents hospitals i territoris sobre en quins casos s'estan aplicant les cesàries i quins efectes tenen.

Gràcies a l'estudi de l'OMS i de manera complementària amb tots els altres articles, podem analitzar com les taxes de cesàries per sobre del 10% no tenen influència sobre la disminució de la mortalitat. Hem vist que una part important de les cesàries que es realitzen són per a embarassos de baix risc, que com hem repassat als criteris a seguir per a la realització de cesàries, és possible que no fossin cesàries necessàries. A més, les dades ens mostren que en molts casos en les situacions on l'embaràs és de poc risc, la cesària esdevé quelcom perjudicial tant pels nadons com per les mares en quant a morbiditat i morbiditat greu. Sent així, se'ns planteja la incògnita d'un problema respecte a la taxa de cesàries i ens condueix a pensar que hi ha una possible mala praxi darrera d'aquest tipus d'intervencions.

En el cas d'Espanya, hi ha casos on la cesària no esdevé una decisió mèdica, sinó que el pacient té capacitat d'elecció. Parlem de cesàries voluntàries o electives. És a dir, en determinades circumstàncies i determinats sanitaris, donen l'opció a la pacient per decidir si vol que se li realitzi la cesària o no. S'està donant la potestat de decisió al pacient, quan és el professional el que té (suposadament) el coneixement mèdic sobre els possibles efectes de la cesària. La pacient molts cops es pot deixar guiar per la creença popular de què les cesàries són més segures (Gérvias, 2018). L'elecció per part del pacient sobre la seva pròpia intervenció podria conduir a un abús de la utilització de la cesària i donar lloc als casos que comentàvem abans, on embarassos de poc risc sofreixen les conseqüències d'una intervenció innecessària. Per altra banda, no podem responsabilitzar a la pacient sobre una decisió que no hauria de prendre ella, i a més a més, no podem afirmar que es doni així en la majoria dels casos, ja que això no figura a cap mena de registre. El que sí podem afirmar, és que independentment de qui estigui prenent la decisió, s'estan realitzant cesàries a pacients que no la necessiten i, a més, poden sortir perjudicades d'aquesta operació. És a dir, en qualsevol cas estem parlant d'un procés de medicalització, s'està realitzant una intervenció mèdica a una persona que no es troba en aquella situació per la qual està pensada la intervenció.

2.4. Les cesàries com a procés de medicalització

Quan parlem de la cesària, parlem d'una operació quirúrgica que es realitza per finalitzar el part, però com ja s'ha explicat amb anterioritat, aquesta intervenció sorgeix per la necessitat d'evitar els possibles problemes en salut que poden provocar diferents situacions durant el part o l'embaràs. És a dir, és una intervenció que té com a finalitat evitar l'empitjorament de la salut o la mort. Com tot tractament mèdic, aquesta operació té un seguit d'efectes adversos i possibles complicacions, tot i això, s'entén la seva utilització com una manera d'evitar problemes en salut més grans del que pot produir l'operació en si. Per això, quan parlem de la cesària parlem de medicina. Ara bé, si aquesta cesària es realitza de forma voluntària i no per aquesta necessitat mèdica, ja sigui per voluntat del metge o de la pacient, en aquest cas no parlàrem de medicina en si, ja que aquesta no compliria la seva finalitat. Estaríem donant

una solució mèdica, com és una intervenció quirúrgica, a una situació que no la necessita. Per tant, estarem parlant de medicalització. Cal desgranar una mica aquest concepte per tal de poder, no tan sols definir-lo, sinó esbrinar les seves implicacions, les seves causes i les seves conseqüències.

Quan parlem del concepte de medicalització, parlem d'aquelles característiques biològiques o situacions en què es troba una persona, que sense ser un problema per a la salut de la persona són tractades com a tal. A conseqüència són tractades mitjançant recursos mèdics, com medicaments, operacions, teràpies... Una de les primeres aproximacions al concepte de medicalització i, pot ser, una de les més rellevants pel fet de ser pionera, va ser la d'Ivan Illich a *Némesis Médica* (1975). A aquesta afirmava que la medicina, entesa com la institucionalització de la mateixa, era una amenaça per la salut. Aquí trobem un primer punt on parlem d'aquella medicina que no cura res i que, a més a més, pot ser perjudicial per a la salut.

Aquest concepte s'ha anat actualitzant i ha cobrat un sentit més ampli, la medicalització ha estat molt associada a la mercantilització de la medicina, és a dir, si es creen patologies del no-res es poden vendre més medicaments. A aquesta via trobem alguns articles, com "Disease Mongering: El arte de fabricar enfermedades" (2007), que ens parlarà del tràfic de malalties. Aquest tràfic fa referència a com la indústria farmacèutica ha anat monopolitzant el mercat de la salut mitjançant l'educació i la investigació. Arribant a ser un dels principals determinants que marquen el límit entre salut i malaltia. En conclusió, la indústria farmacèutica va aconseguir poder per delimitar el que és i no és una malaltia, tenint efectes sobre l'ideari col·lectiu d'aquestes. Gràcies a això, pot proporcionar medicaments o tractaments per, teòricament, curar aquelles malalties i lucrar-se econòmicament.

En aquesta via també trobem l'article "Nuevas tendencias de la medicalización" (2008), que posarà el centre del seu estudi en les estratègies de màrqueting que utilitzen les productores de medicaments per donar-li a aquests un valor molt per sobre de l'efecte real del medicament o distorsionant la seva funció. Per exemplificar aquest tret parlarà de la medicació relacionada amb el Trastorn de Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) i per la pèrdua d'apetit (en aquests dos casos es fan servir medicaments derivats de les amfetamines). També parlarà dels fàrmacs destinats per la depressió com medicaments als que s'associen millors resultats dels reals i més funcions de les que tenen.

Tot i que aquests arguments posen el seu focus en la indústria farmacèutica aquesta no és l'única culpable. Amb tota probabilitat sigui aquell primer motor que impulsa a patologitzar problemes no mèdics, però juntament amb aquesta indústria trobem un entramat social que

també ho promou, o com a mínim, no ho frena. Des de professionals sanitaris que participen d'aquesta medicalització, fins als òrgans legisladors. Sense oblidar tampoc ni a les organitzacions que haurien de frenar aquests esforços de les farmacèutiques i no ho fan, ni als consumidors, que accepten aquesta medicalització aliena a la realitat.

Aquests dos articles anteriorment esmentats ens ajuden a esbrinar quin és el principal motor d'aquesta medicalització, si més no, no acabem de resoldre a què es referia Illich quan deia que la medicina era una amenaça. És a dir, les conseqüències d'aquesta medicalització. A "La medicalización de la vida y sus protagonistas" ens presenten algunes d'aquestes conseqüències de la medicalització. Una d'elles i, tal vegada, la més evident són els possibles efectes adversos que tenen els tractaments o operacions envers l'usuari que les consumeix. Aquest seria el cas de les persones que sense trobar-se en una situació de complicació de l'embaràs o del part són sotmeses a cesàries, i elles i els seus nadons reben les conseqüències d'aquesta intervenció. Per altra banda, trobem altres tipus de conseqüència com la dependència que poden generar els medicaments sobre les persones. El fet de recórrer a recursos mèdics per tractar problemes no mèdics, accentua la pèrdua d'independència i la capacitat de les persones per valdre's per si mateixes. Una altra conseqüència esmentada a l'article va relacionada amb la prevenció de riscos. En una situació on qualsevol qüestió és susceptible de ser un problema mèdic, aquest esdevé susceptible de prevenció (mitjançant proves o intervencions mèdiques). Augmenta la inseguretat en les persones, i la pèrdua de qualitat de vida. Tot això sumat esdevé en una despesa energètica, tant física com mental, on la prevenció d'aquest, en molts casos, fals risc es converteix en un risc en si mateix. En aquest cas també podem trobar-hi relació amb les cesàries innecessàries, on aquestes serien vistes com una forma d'evitar complicacions en l'embaràs i acaben esdevenint una complicació en si mateixes.

Un llibre que envolta una immensa quantitat d'exemples al voltant de la temàtica de la medicalització és "El encarnizamiento médico con las mujeres: 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas" (2021), de Juan Gérvas i Mercedes Pérez-Fernández. Aquest autor, Gérvas, ha escrit més de 300 articles en l'àmbit de la medicina, molts d'ells al voltant de l'atenció primària i la medicalització. A aquest llibre els autors parlaran de la dona com a víctima del sistema sanitari i expliquen com moltes de les intervencions que es realitzen sobre les dones són totalment innecessàries i en molts casos perjudicials.

El llibre comenta infinitat de processos mèdics pels quals les dones es veuen obligades o forçades a passar i que són perjudicials per elles. En la majoria d'aquests processos podríem parlar clarament de medicalització. Alguns dels nombrosos exemples que ofereixen els autors de processos on les dones són intervingudes mèdicament de manera innecessària són la

menopausa, la pubertat, les revisions ginecològiques anuals... També s'esmenten moltes situacions durant l'embaràs on les dones són medicalitzades, falsos diagnòstics d'osteoporosi, cesàries en situacions que no són de risc o processos com la congelació d'òvuls. En el cas de les cesàries, posaran el focus en les cesàries electives, és a dir, en el fet que molts cops es deixa escollir a la mare quin tipus de part té. Parlaran d'aquesta pràctica com una irresponsabilitat del sistema mèdic, que permet a la dona s'exposi a riscos per a la seva salut i la del seu fill.

Una vegada analitzat l'excés que hi ha a molts dels països desenvolupats del món en quant a la taxa de cesàries normal, o més aviat, adient per a millorar les condicions de salut (morbidity i mortalitat), hem pogut observar que hi ha una incidència molt gran de cesàries realitzades a persones sense complicacions greus de l'embaràs. Hem analitzat també que aquest excés d'intervencions produeix que, aquelles mares i fills amb un embaràs de baix risc, pateixin pitjors conseqüències (més morbidity i morbidity greu) que les que varen tenir un part vaginal. D'aquesta manera queda aclarit que aquest tipus d'intervencions en els casos de menys perill no atenen a motius mèdics i que, per tant, estarem parlant de medicalització. Des d'aquest punt de partida, es voldrà analitzar com es donen aquestes taxes de cesàries a Espanya, si superen el llindar del 10%-15% del que parlava l'OMS. Esbrinar si hi ha diferències a les diferents comunitats del territori com succeïa entre diferents països del món i, en cas que n'hi hagi, a què es deuen. Per últim, observar també quines diferències es fan presents entre els diferents hospitals i que ens diu això sobre les cesàries a Espanya.

III. METODOLOGIA

Per a la realització d'aquest treball s'han utilitzat dues principals fonts d'informació, per una banda, la revisió de la bibliografia, i per l'altre l'anàlisi de les dades sobre les cesàries. Pel que fa a la bibliografia s'ha fet una recerca d'articles al voltant de les taxes recomanades de cesàries, els diferents factors que influeixen en aquestes taxes i quines són les possibles causes del fet que es realitzin més cesàries de l'esperat i les conseqüències que això comporta. A partir d'aquesta informació, s'han decidit quines serien les dades a tractar per a poder donar resposta als objectius que ens plantejem.

Aquesta anàlisi estarà emmarcada a Espanya, tot i que s'utilitzaran dades d'altres països per saber la situació del país a escala internacional. Pel que fa a les dades s'ha volgut analitzar un espectre ampli de temps per poder comprovar, com apuntava l'estudi de l'OMS del 2014, el fet que en les darreres dècades hi ha hagut un augment de les cesàries arreu del món i saber com ha succeït aquest augment en el cas d'Espanya. A més, s'han volgut utilitzar les dades més recents disponibles, que en aquest cas són les del 2020 (hi ha algunes dades més actualitzades però no estan completes i dificulten la comparació). En definitiva, s'han utilitzat dades estadístiques des del 2001 i el 2020. A més a més, cal tenir en compte que la majoria de la bibliografia emprada fa referència a dades compreses entre aquestes dades i per tant ens permetrà comparar els resultats dels articles revisats amb les dades obtingudes.

Com a variable central de l'anàlisi s'ha decidit utilitzar la variable taxa de cesàries. Aquesta dada expressa el percentatge de cesàries realitzades del total de parts d'una mostra concreta. S'ha decidit usar aquesta dada arrel de les indicacions de l'OMS, que apunten que aquesta taxa hauria de ser d'entre el 10% i el 15%. D'aquesta manera, si s'observa que les dades obtingudes són superiors, podríem parlar d'un excés de cesàries. Per altra banda, els articles "Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal" (2010) i "Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term" (2007), apunten al fet que les cesàries en embarassos de baix risc tenen conseqüències negatives per a mares i nadons. Tenint en compte aquest fet, i les recomanacions de l'OMS, la taxa de cesàries ens donarà informació sobre el percentatge de mares que estan sent exposades a aquestes conseqüències, ja que s'estima que no hi ha més del 15% d'embarassos d'alt risc. D'aquesta manera, utilitzar la taxa de cesàries i comparar-la amb altres variable ens pot donar molta informació sobre la realitat d'aquest tipus de part.

Una de les variables que actuarà com a variable independent en la comparació de la taxa de cesàries és el país de procedència. A la investigació de l'OMS s'apuntava a un creixement

global de les cesàries. D'aquesta manera serà pertinent analitzar de manera comparativa la situació d'Espanya respecte la dels altres països, observant així si Espanya està seguint la tendència global o va per un altre camí. De la mateixa manera, també es vol comparar com és la taxa de cesàries a les diferents comunitats autònomes per tal de saber si hi ha disparitat o no dintre del territori espanyol. Així doncs, la comunitat autònoma de residència de la mare també actuarà com a variable independent.

Per últim, també s'ha volgut realitzar una comparativa entre la taxa de cesàries de diferents hospitals i en funció de quants parts atén aquell hospital. D'aquesta manera també seran variables independents de la nostra anàlisi hospital de naixement i nombre de parts que atén l'hospital. Aquestes variables han estat escollides pels resultats que exposa l'article "Percentatge de cesàries en dones de baix risc: un indicador útil per comparar hospitals que atenen parts de riscos diferents" (2014). A aquest article veiem que hi havia diferències importants en la taxa de cesàries en parts de baix risc entre diferents hospitals, i que la quantitat de parts atesos per aquests hospitals influïa a aquesta taxa. També s'ha volgut tenir en compte com una altra variable per a l'anàlisi, el tipus d'hospital, és a dir, si és un hospital públic o privat. Com explica Gervas (2020), a Espanya veiem la presència d'una cesària electiva en alguns casos, és a dir, que la mare decideix si vol una cesària o un part vaginal. S'ha decidit incloure la variable tipus d'hospital, per les diferències que hi ha en la capacitat de decisió del pacient en hospitals públics i privats. Als hospitals privats, per norma general els pacients tenen més potestat de decisió sobre quines pràctiques realitzar, ja que en aquest cas es paga per aquestes. Per això, es vol comprovar si en el cas de les cesàries també es podria estar seguint aquesta línia.

Al voltant d'aquest conjunt de variables i la informació obtinguda del marc teòric, els possibles resultats d'aquest treball han estat reformulats en 4 hipòtesis. La primera i més general, és que a Espanya s'estan realitzant més cesàries de les necessàries i això esdevé un risc per a la salut i, per tant, un procés de medicalització del part. En segon lloc, que tot i haver-hi un excés de cesàries a tots els països, Espanya es situa com un territori on aquest excés destaca especialment, això es podria deure a com és el seu sistema sanitari. La tercera hipòtesi és que no hi ha homogeneïtat en la taxa de cesàries per als diferents hospitals. N'hi ha alguns que fan moltes més cesàries que altres. En últim lloc, es té la hipòtesi que la realització excessiva de cesàries, està relacionada amb un procés de mercantilització de la salut. Els hospitals privats seran aquells que dispararan la taxa de cesàries, oferint aquesta operació com un servei més. És a dir, el sector privat estaria venent un servei mèdic com un producte més, sota el pretext d'una major seguretat.

Totes les dades relacionades amb les variables anteriorment esmentades, que ens ajudaran a comprovar o refusar aquestes hipòtesis, han estat recollides mitjançant diferents fonts d'informació. Per una banda, tenim les dades del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) dels hospitals del Sistema Nacional de Salut, d'on s'han extret les dades referents a la taxa de cesàries espanyola del conjunt dels hospitals de SNS dels anys 2001 al 2011. Per altra banda, trobem les dades oferides per Institut Nacional d'Estadística que ofereixen les taxes de cesàries per les diferents comunitats autònomes i per a la totalitat d'Espanya entre els anys 2011 i 2020. El ministeri de sanitat, en concret l'Estadística d'Establiments Sanitaris amb Règim d'Internat (ESCRI) també ofereixen les dades de cesàries per Espanya i les diferents comunitats autònomes. Aquestes dades recopilen la informació de l'any 2001 a l'any 2020, tot i que l'ESCRI recollia aquestes dades entre el 2001 i el 2010 i, a partir de l'any següent, les dades varen ser recollides per Estadística de Centres Sanitaris de Atenció Especialitzada (ECSAE), un altre estadística del ministeri de sanitat. Tot i aquest canvi, les dades presenten continuïtat durant els 20 anys, ja que varen ser recollides de la mateixa manera. Les dades de l'INE, ESCRI i l'ECSAE inclouen la totalitat dels parts, tants dels hospitals dels SNS com dels concertats o els privats.

Pel que fa a les dades comparatives entre diferents països, aquestes han estat aconseguïdes mitjançant la base de dades de l'OCDE. Aquestes dades, a l'estar recollides per diferents països, en moltes ocasions presenten manca de dades en alguns anys o per alguns països i això dificulta les comparacions. D'aquesta manera s'han seleccionat les dades de 17 països europeus de l'OCDE que presentaven dades per tots o la majoria dels anys entre el 2001 i el 2011. També s'han seleccionat les dades del 2017 de 34 països de l'OCDE per ser les dades més actuals que contenen informació del major nombre de països. Pel que fa a les dades específiques dels hospitals, veiem que aquestes són de difícil accés, ja que no estan publicades. Pels hospitals s'han utilitzat les dades proporcionades per una investigació de elDiario.es, que presentava les dades de quasi tots els hospitals espanyols que atenen parts entre els anys 2010 i 2020. Aquestes dades varen ser aportades a aquesta investigació pel ministeri de sanitat en virtut de la llei de transparència.

La major dificultat en el tractament de les dades és que aquestes estan separades per anys, d'aquesta manera, en voler analitzar un període de 20 anys, les dades s'han hagut de recollir de les estadístiques individuals de cada any. A partir de totes aquestes dades s'han creat les taules i gràfics pertinents per facilitar el tractament de la gran mostra de dades. Aquestes taules i gràfics han servit també per facilitar la comparació entre diferents taxes de cesàries i destacar aquelles dades més rellevants de manera més visual.

IV. ANÀLISI

4.1. Taxa de cesària a Espanya

Per analitzar el cas d'Espanya una de les dades que cal tenir presents és la taxa de cesàries que presenta el país, és a dir, el percentatge de cesàries que es realitzen respecte al nombre total de parts. Com s'ha esmentat abans el percentatge de cesàries que podríem anomenar com a correcte, en tant que serveixi per evitar riscos en la salut de mare i fill i no contribueixi a empitjorar la seva salut, se situa entre el 10% i el 15% de cesàries. En el cas d'Espanya, a l'hora de recollir les dades, cal tenir en compte que no totes les fonts d'informació utilitzen la mateixa mostra.

Taula 1. Taxa de cesàries dels hospitals del Sistema Nacional de Salut d'Espanya entre els anys 2001 i 2011.

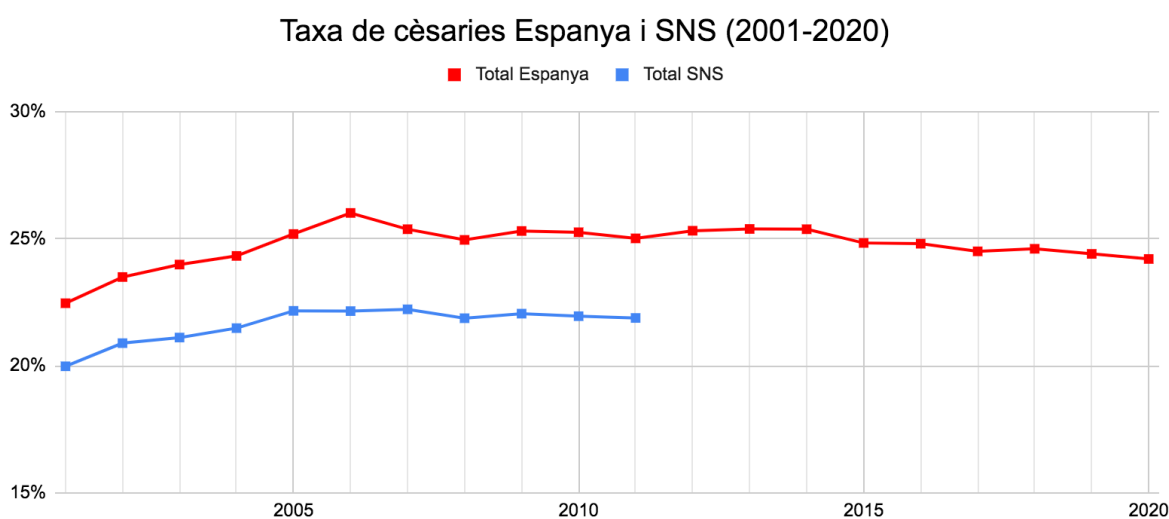
Taxa de cesària a Espanya SNS (2001-2011)										
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
19,98	20,89	21,11	21,48	22,16	22,15	22,22	21,87	22,05	21,95	21,88

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del registre d'altres hospitalaries del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) dels hospitals del Sistema Nacional de Salut. Ministeri de Sanitat.

A la Taula 1, veiem els resultats de les taxes de cesàries d'Espanya per als hospitals que formen part del Sistema Nacional de Salut (SNS) de l'any 2001 al 2011. Encara que les dades se situen al voltant del 20% i no veiem grans disparitats entre les taxes d'uns anys i dels altres sí que podem observar una lleugera progressió ascendent entre el 2001 i el 2007 i després es manté certa estabilitat al voltant del 22% de cesàries. L'any 2008 podem observar que hi ha un punt que se situa una mica per sota. A aquest any es va realitzar l'"Estratègia d'Atenció al Part Normal en el Sistema Nacional de Salut"(2008), un pla del Ministeri de Sanitat per tal de prioritzar el part vaginal sempre que no suposes un risc per la mare o el fetus. L'"Informe sobre les taxes de cesària del Sistema Nacional de Salut" de l'any 2013, apunta al fet que aquest pla del 2008 podria ser el causant d'aquest punt més baix en la taxa de cesàries. Per contra, si revisem quan es va posar en marxa aquesta estratègia veiem que no va ser fins al tercer trimestre del 2008, i que els anys següents tampoc s'observa una progressió clara de la disminució de la taxa de cesàries. D'aquesta manera podem desxifrar que l'"Estratègia d'Atenció al Part Normal en el Sistema Nacional de Salut"(2008) no va significar un punt d'inflexió per a reducció de la taxa de cesàries, tot i que pot ser sí que generés una mínima influència.

Per altra banda, podem analitzar les dades oferides pel ministeri de salut de la taxa de cesàries entre l'any 2001 i l'any 2020. Aquestes dades, a diferència de les altres, provenen de l'Estadística d'Establiments Sanitaris amb Règim d'Internat (ESCRI) entre el 2001 i el 2010, i de l'Estadística de Centres Sanitaris de Atenció Especialitzada (ECSAE) entre el 2011 i el 2020. Tot i que la recollida de les dades canvia de mans l'any 2011, el mètode de recollida no va canviar i, per tant, les dades presenten continuïtat. Aquestes dades inclouen els resultats dels hospitals del SNS i, a més, les dades dels hospitals privats.

Gràfic 1. Taxa de cesàries d'Espanya entre 2001 i 2020 i del Sistema Nacional de Salut entre 2001 i 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del registre d'altres hospitalaries del CMBD dels hospitals del Sistema Nacional de Salut i de les dades d'activitat obstètrica de l'ESCRI i l'ECSAE. Ministeri de sanitat.

L'observació de les dades d'Espanya de les dues primeres dècades ens permet observar amb major claredat l'evolució de la taxa de cesàries. En aquest cas no veiem que en els últims vint anys hi hagi hagut grans canvis respecte a la taxa de cesàries, i molt menys que aquesta s'hagi aproximat en cap moment a les taxes esperables del 10%-15%. Així i tot, les dades de tots aquests anys sí que semblen presentar una certa evolució. Des del 2001 fins al 2006, es passa d'un 22,46% a un 26% de cesàries. Després d'aquest augment, veiem l'inici d'una lenta reducció de la taxa de cesàries. Aquest descens en la taxa succeeix de forma molt menys desaccelerada i observem petits repunts cap a taxes més altes entre el 2009 i el 2014. A partir de l'any següent, el 2015, sí que veiem com es reprèn a poc a poc el descens de la taxa de cesària fins a arribar a un 24,20% l'any 2020. Tot i que la tendència sembla a una lenta reducció de la taxa de cesàries, cal recalcar que en 2020 la taxa de cesàries encara superava la del 2001 (22,46%), taxa la qual, ja es trobava molt per sobre del llindar desitjable.

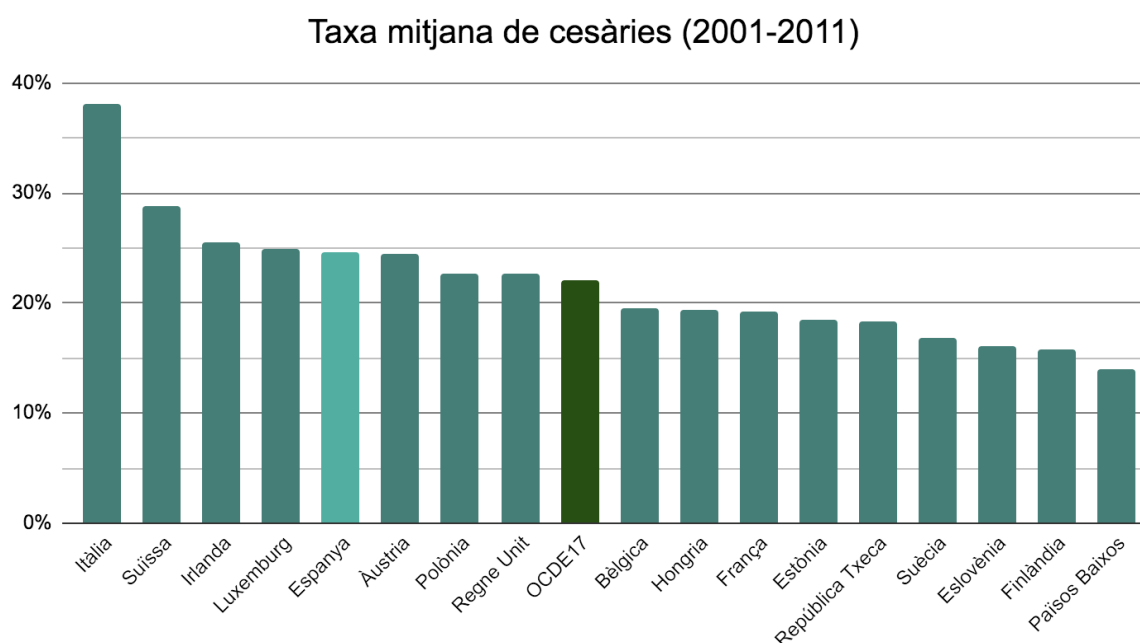
Si comparem les taxes de cesàries del 2001 al 2011 del SNS i les oferides per l'ESCRI i l'ECSAE, que aquestes últimes representarien la totalitat d'Espanya, en un primer moment destaca el fet que quan es tenen en compte els hospitals privats les taxes de cesàries augmenten. La taxa de cesàries d'Espanya supera cada any a la del Sistema Nacional de Salut per més d'un 2%. A més a més, també veiem una progressió molt similar tant en un cas com en l'altre (a excepció de l'any 2006), que indicaria que l'evolució de les cesàries ha estat molt similar tant per hospitals públics com pels privats, tot i que els privats presenten probablement una taxa més alta de cesàries. Això ens dona un petit avenç sobre la relació entre el tipus d'hospital i la taxa de cesàries. Per altra banda, podem observar també que el descens de la taxa de cesàries de l'any 2008 que hem comentat abans pel SNS, també succeeix en termes globals. L'estrategia del Ministeri de Salut per a prioritzar el part vaginal estava dirigida únicament als hospitals del SNS, el fet que les dades de tota Espanya reflecteixin d'igual manera un descens, reforça la idea que aquest és degut a altres factors i no a aquesta estratègia.

4.2. Taxa de cesària d'Espanya en comparació a altres membres de la OCDE

Quan comparem com és la taxa de cesàries entre els diferents països es dificulta molt analitzar el progrés d'aquesta taxa durant el temps. No tots els països tenen sistemes de recollides de dades iguals i en alguns casos no hi ha una periodicitat anual en la recollida d'aquestes dades. En aquest cas, hem volgut analitzar les dades dels diferents països europeus de l'OCDE, que tot i que no tots tenen una periodicitat igual de la recollida de dades, sí que hi trobem bastanta més consonància. A més a més, cal tenir en compte que, tot i que aquests països no presentin característiques idèntiques, sí que tenen certes similituds que fan que comparar-los amb Espanya sigui més adient que no fer-ho amb altres països del món.

Pel que fa a les dades de l'OCDE, hi ha dades actualitzades fins al 2020 per a diversos països tot i així, es complica molt tenir dades continuades d'un llarg termini d'anys per a diferents països. Aquests 17 països reflectits al Gràfic 2, són els països europeus que presentàvem major continuïtat en les dades entre els anys 2001 i 2011. De cara endavant també trobem dades de la majoria d'aquests països però en molts casos presenten discontinuïtats a alguns anys i dificulta l'anàlisi sobre l'evolució d'aquests països, com es fa al Gràfic 3.

Gràfic 2. Taxa mitjana de cesàries del 2001 al 2011 per a 17 països europeus de la OCDE.



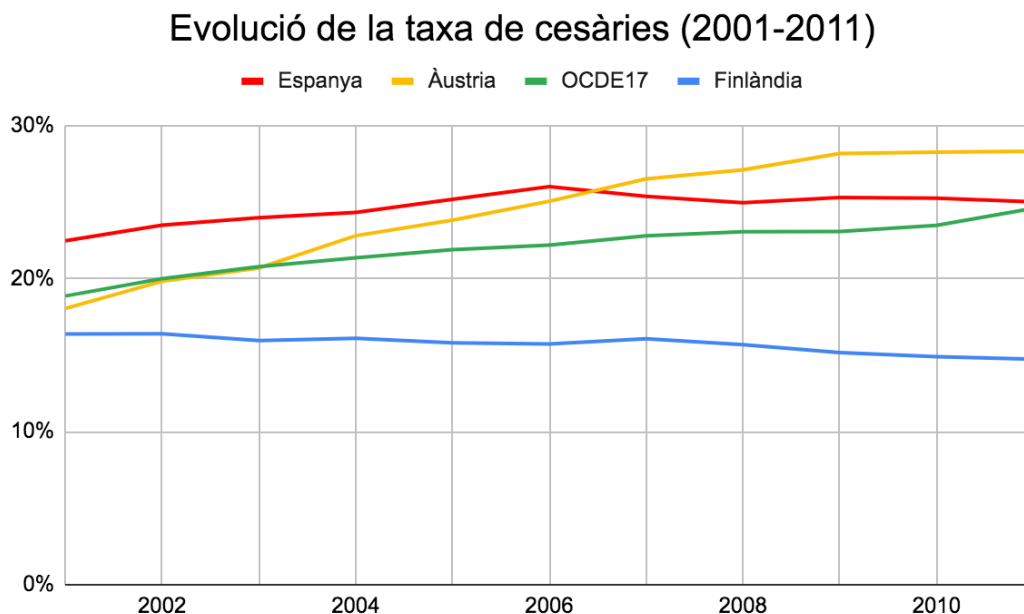
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de “health care utilisation” de la OCDE de l’any 2001 a l’any 2011

Una de les primeres observacions que podem fer a simple vista és que, a excepció de Països Baixos, cap dels països se situa per sota del 15% de cesàries. Així i tot, sí que observem grans diferències entre uns països i altres. Veiem que els països nòrdics com Suècia o Finlàndia, se situen amb taxes de cesàries més baixes, juntament amb Països Baixos amb la taxa més baixa dels 17 països. Segons Euro Health Consumer Index (EHCI) Aquests tres països estarien entre els deu millors sistemes sanitaris d'Europa, i dos d'ells (Països Baixos i Suècia) entre els deu millors de món. Veiem que la mitjana d'aquests 17 països de l'OCDE es troba una mica per sobre del 20% de cesàries (22,00%), entre 7 i 12 punts per sobre del llindar desitjat. Pel que fa a Espanya, la veiem a la part alta del gràfic, un 2,67% per sobre de la mitjana dels altres països.. En últim lloc, Itàlia presenta una taxa de cesàries del 38,12%, molt superior a la dels altres països. El fet que Itàlia tingui una taxa de cesàries tan altes es deu al fet que els hospitals italians, tant públics com concertats o privats, reben un reemborsament d'entre 1200 i 2000 euros per cada part vaginal de l'estat italià, per altra banda, aquesta quantia ascendeix a 1600-2700 euros quan es tracta d'una cesària, ja que és considerada una intervenció quirúrgica. Per això, la principal causa de l'elevada taxa de cesàries a Itàlia, serien les motivacions econòmiques dels hospitals (Balduzzi, 2012). Caldrà esbrinar també si succeeix quelcom similar en el cas d'Espanya o la seva elevada taxa de cesàries es deu a altres motius.

A partir d'aquestes mateixes dades, s'han seleccionat 3 països i la mitjana de l'OCDE per analitzar com ha estat l'evolució de les taxes de cesàries entre el 2001 i el 2011. Per analitzar aquesta progressió de la taxa de cesàries durant aquests deu anys s'ha realitzat un gràfic

(Gràfic 3) on s'han recollit les dades d'Espanya, país de referència d'aquest estudi i les de l'OCDE, que serveix com a referència de la mitjana dels 17 països europeus. A més, s'han inclòs també les dades d'altres dos països que tinguessin dades per a cada any entre el 2001 i el 2011, un dels que presenta una de les taxes de cesàries més altes i un dels que presenta de les més baixes. Pel que fa als percentatges més alts, Itàlia s'ha descartat. S'ha considerat que era un cas particular, ja que discrepava molt de la resta de països, per tant, s'han utilitzat les dades d'Àustria. Per altra banda, en quant als percentatges més baixos de cesàries s'ha utilitzat Finlàndia, ja que Països Baixos (país amb la taxa més baixa del Gràfic 2) no tenia dades per un dels anys.

Gràfic 3. Taxa de cesàries del 2001 al 2011 per a Àustria, Espanya, Finlàndia i la mitjana de 17 països europeus de la OCDE.



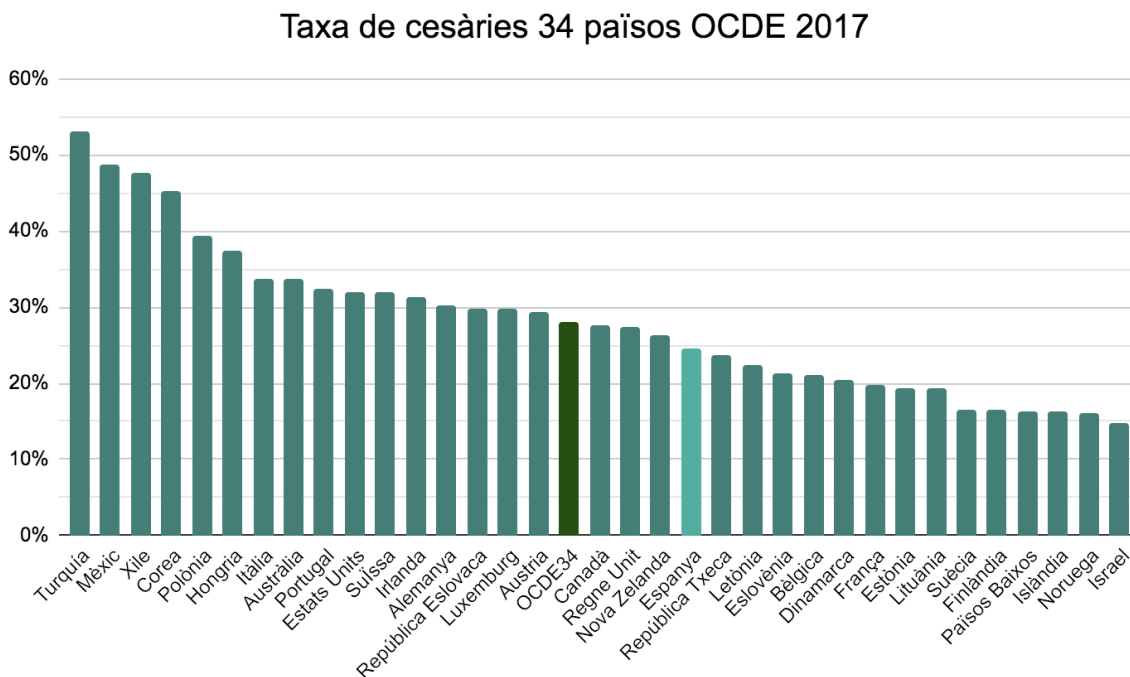
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de “health care utilisation” de la OCDE de l’any 2001 a l’any 2011

En el cas de Finlàndia, observem com durant els 10 anys presenta una taxa de cesària bastant similar, oscil·lant entre el 16,38% l'any 2001 i 14,74% l'any 2011, tot i això, sí que s'observa un descens gradual durant els anys. El cas d'Àustria és totalment contrari i molt més accelerat augmentant més d'un 10% la seva taxa de cesàries entre el 2001 i el 2011. Podem veure com en 2001 la taxa de cesària d'Àustria i Finlàndia era molt similar, deu anys després el percentatge de cesàries d'Àustria gairebé duplicava el de Finlàndia. Pel que fa a Espanya destaca el fet que segueix de manera bastant uniforme l'evolució de la mitjana dels altres països fins al 2006. A aquest punt, que ja hem analitzat abans com el principi d'una lenta reducció de la taxa de cesàries, veiem que Espanya se separa de la línia evolutiva de l'OCDE, mentre aquesta última continua augmentant, Espanya pren la direcció contrària. Això ens

indica que aquest camí cap a la reducció de la taxa de cesària que inicia Espanya l'any 2006, no segueix la tendència europea i esdevé un fet aïllat a aquest país.

Tot i que aquestes dades ens mostren l'evolució de diferents països d'Europa i ens permet comparar l'evolució de la taxa espanyola amb altres països relativament similars, ens falta desxifrar com és aquesta relació en l'actualitat. A més, caldria contextualitzar la situació d'Espanya amb països de tot el món oferint així un prisma més global de la situació de les cesàries. Com s'ha esmentat abans, les dades dels països no europeus i del 2011 en endavant estan força dessincronitzades. Tot i així, si cerquem el punt més proper en l'actualitat on la mostra de països que presenten dades sobre la taxa de cesàries és major, ens podem situar al 2017, on trobem les taxes de 34 països de l'OCDE.

Gràfic 4. Taxa de cesàries el 2017 per a 34 països de la OCDE.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de “health care utilisation” de la OCDE de l’any 2017.

En la comparació d'Espanya amb una mostra més gran de països i amb les dades disponibles més actuals i completes (2017), veiem que en una escala més global Espanya deixa de situar-se entre els països amb més percentatge de cesàries, torbant-se aquesta vegada per sota de la mitjana de l'OCDE. Si mirem a la part dreta del gràfic, veiem que Noruega i Islàndia, se sumen als altres països nòrdics que, com hem vist anteriorment presentaven els percentatges més baixos. En aquest cas, amb la taxa mínima de cesària dels 34 països trobem Israel. Per contra, si centrem la vista a aquells països amb percentatges més alts veiem que s'hi presenten grans canvis en relació al Gràfic 3. Per una banda, observem taxes de cesàries àmpliament

superiors, amb Turquia al capdavant superant el 50% de cesàries. Seguidament de Turquia se situen amb taxes superiors al 45% tres països no europeus. Pel que fa a la mitjana dels 34 països veiem que, amb la incorporació dels països que no estaven al Gràfic 3 sumat a un augment generalitzat de les taxes de cesàries entre el 2011 i el 2017, aquesta s'ha vist elevada fins a un 28,1%. En aquest panorama més global, Espanya es troba per sota de la mitjana en percentatge de cesàries, tot i que entre el 2011 i el 2017 aquesta taxa s'ha mantingut pràcticament igual.

4.3. Taxa de cesàries per comunitats autònomes

Una vegada analitzada l'evolució de les taxes de cesària a Espanya entre el 2001 i el 2020, i havent contextualitzat la situació del país en el panorama internacional, cal esbrinar com és dona aquest percentatge a l'interior del país. Per dur-ho a terme, s'analitzen com són les taxes de cesàries a les diferents comunitats autònomes d'Espanya. Cal destacar, que aquestes taxes reflecteixen la totalitat dels parts d'Espanya tant pels hospitals públics com pels privats. Per oferir una visió sobre com han estat les cesàries a les autonomies al llarg del temps s'ha decidit utilitzar la mitjana de la taxa de cesària de cada comunitat entre l'any 2001 i el 2020, d'aquesta manera reflectir les dinàmiques de cada territori amb una perspectiva temporal més ampla. A més a més, s'ha emprat un gràfic en forma de mapa en escala de colors per a facilitar l'anàlisi de les dades. Per temes d'abastabilitat, han quedat fora del mapa les Illes Canàries amb un 20,93% de taxa mitjana de cesàries i, Ceuta i Melilla, amb un 24,16% (les dades de Ceuta i Melilla es recullen de forma conjunta).

Gràfic 5. Taxa mitjana de cesàries per comunitats autònomes entre el 2001 i el 2020

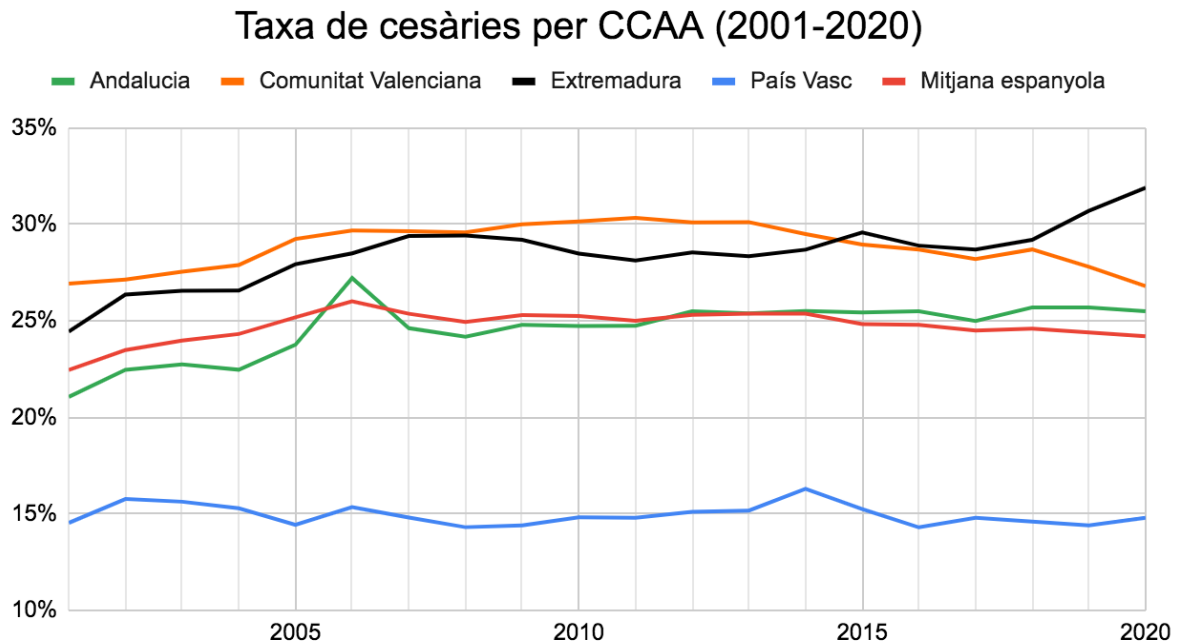


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'activitat obstètrica per comunitats autònomes de l'ESCRI i l'ECSAE de l'any 2001 a l'any 2020. Ministeri de sanitat.

En un primer cop d'ull observem certa homogeneïtat entre les diferents comunitats d'Espanya, si més no, cal destacar, que aquelles comunitats que destaquen per sobre de les altres (ja sigui per taxes altes o baixes), ho fan de manera molt notòria. Pel que fa a aquells percentatges més baixos tenim el cas de País Basc (14,94%) seguit de ben a prop per Navarra (16,60%). A partir d'aquestes dues comunitats, les úniques que s'aproximen a l'estàndard del 15% de cesàries, és dona un salt molt gran de quasi 4 punts percentuals. Aquest és el cas d'Astúries, amb un 20,31%. La majoria de comunitats autònomes les trobem situades en aquest llinyar, entre el 20% i el 25%. Una mica per sobre estan els casos de Madrid, Galícia i Catalunya, aquesta última arribant a un 26,41%. A partir d'aquest punt trobem un altre salt significatiu cap a les dues comunitats amb unes taxes de cesàries més elevades, Extremadura i la Comunitat Valenciana, amb un 28,48% i un 28,85% respectivament. És a dir, en resum tenim un panorama que per regla general oscil·la entre el 20-25% de cesària (molt per sobre de les recomanacions de l'OMS), a més, veiem que entre aquelles comunitats amb taxes més baixes i més altes hi ha una diferència quasi del doble que evidencia un funcionament desigual del sistema de salut.

Quan aprofundim a l'evolució de les taxes de cesàries en aquestes dues dècades per a les diferents autonomies individualment, sobta el fet que la majoria no han presentat gaires canvis en els darrers vint anys. Podríem parlar d'una lleu davallada de les taxes de cesàries per a la majoria de les comunitats, però tampoc esdevé gaire rellevant. Tot i així, algunes de les comunitats si han sofert fluctuacions en les taxes que ens poden ajudar a entendre la realitat de les cesàries als diferents territoris. Per tal d'aclarir la situació d'aquelles comunitats autònomes que divergeixen de la norma espanyola, al Gràfic 6, s'analitza l'evolució del País Basc com a punt més baix en el percentatge de cesàries, i de la Comunitat de València i Extremadura per aquells valors més alt. S'ha decidit reflectir les dues comunitats al gràfic perquè han evolucionat de manera diferent. A més a més, també s'inclou l'evolució de la mitjana espanyola per servir de punt de referència i la de la comunitat d'Andalusia, ja que és la comunitat que presenta més alts i baixos en les taxes dels diferents anys.

Gràfic 6. Evolució de la taxa de cesàries entre el 2001 i el 2020 de 4 comunitats autònomes i la mitjana espanyola.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'activitat obstètrica per comunitats autònomes de l'ESCRI i l'ECSAE de l'any 2001 a l'any 2020. Ministeri de sanitat.

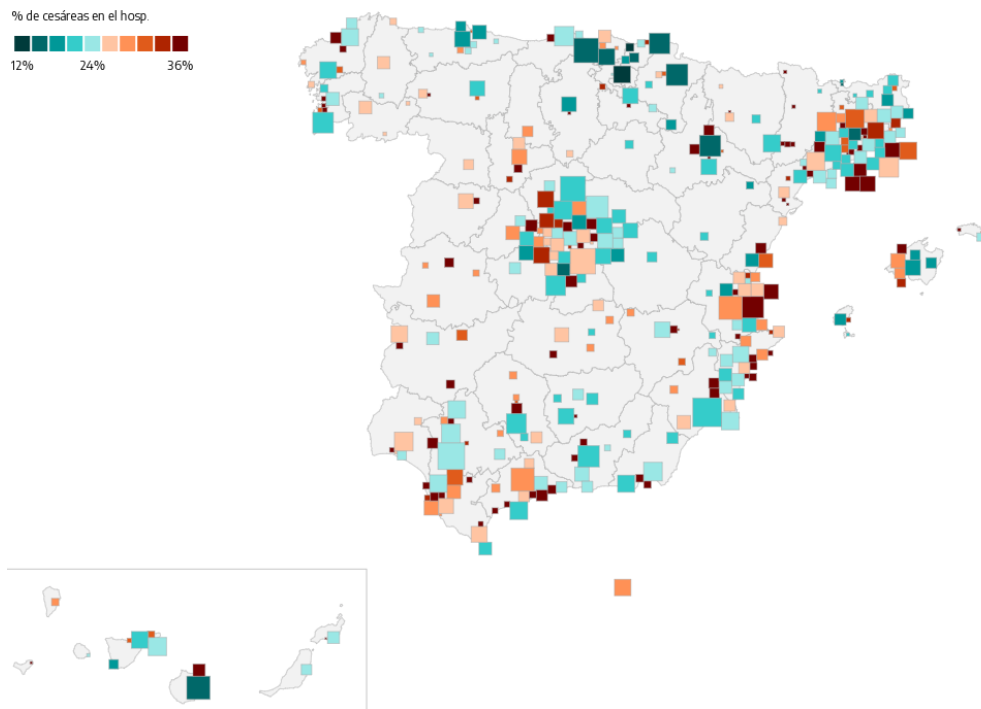
Com podem observar al Gràfic 6, tot i haver sofrit algunes variacions, el País Basc s'ha mantingut al voltant del 15% de cesàries en els darrers vint anys, sent l'única comunitat, que podríem considerar que està dins dels estàndards esperats. Per altra banda, si ens fixem en la part alta, on estan situades la Comunitat Valenciana i Extremadura, les comunitats amb les mitjanes de taxes de cesàries més altes, veiem que presenten recorreguts molt dispars. Pel que fa a la Comunitat Valenciana, es veu un clar augment relativament lent del percentatge de cesàries fins al 2011, on assoleix 30,34%. A partir d'aquest punt fa un canvi de tendència cap a una disminució de les taxes de cesària fins al seu punt més baix en els darrers vint anys, 26,80%. Aquesta xifra continua sent de les més elevades d'Espanya, però si segueix la tendència dels darrers anys, les dades actuals podrien reflectir una aproximació a la mitjana espanyola. Per altra banda, Extremadura fa el procés contrari, tot i que la seva evolució presenta molts alts i baixos, els darrers anys agafa una tendència cap a l'augment accelerat de la taxa de cesàries. L'any 2020 arriba a la taxa més alta de tota Espanya en aquestes dues dècades, un 31,90%, duplicant així les recomanacions màximes de l'OMS. Per últim, fer una menció a l'evolució que presenta Andalusia. Aquesta comunitat és la que presenta uns valors més similars a la mitjana espanyola, a més a més, si ens fixem en el pic més alt d'Andalusia, el 2006, veiem com aquesta concorda amb l'augment de la taxa de cesàries en l'àmbit nacional al mateix any. El fet que aquest pic sigui molt més exagerat per a Andalusia, pot indicar que aquest canvi tan brusc fos el principal motiu pel qual la mitjana nacional també es veié alterada però en menor mesura.

4.4. Taxa de cesàries entre diferents hospitals

Una vegada hem aprofundit en com es distribueixen les taxes de cesària al llarg de 20 anys, ens podem fer una idea sobre com s'estructura aquesta realitat, tot i això cal aproximar-se una mica més. Per aquesta tasca, s'analitzaran les taxes de cesàries de manera individual pels diferents hospitals. Com és evident, intentar analitzar de manera individualitzada la taxa de cesàries per a cada hospital és impossible per a aquest estudi donada la immensa quantitat d'informació a treballar. A més, l'accés a la informació sobre la taxa de cesàries per a cada un dels hospitals no és de domini públic. La única dada disponible que fa una petita distinció entre diferents hospitals, és l'oferida per l'ECSAE, a partir del 2010, que exposa el nombre de parts que s'han dut a terme a hospitals del SNS, sense especificar com és la taxa de cesàries entre els hospitals de SNS i els privats o concertats. D'aquesta manera, aquesta dada només ens permetria intentar relacionar el percentatge de parts dels hospitals de Sistema Nacional de Salut de cada comunitat autònoma amb la taxa de cesàries d'aquesta, tot i que seria una comparació bastant precària donada la falta d'especificitat.

Tot i no existir dades de domini públic sobre la taxa de cesàries per hospitals, sí que trobem una investigació d'Ana Requena i Raúl Sánchez publicada a elDiario.es que ha categoritzat les dades de 360 hospitals d'Espanya (els quals inclouen el 99,9% dels parts al país) A aquestes dades s'especifica la taxa de cesàries, el nombre total de parts, la localització geogràfica i la naturalesa pública o privada per a cada un dels 360 hospitals de la llista. Aquesta investigació s'ha dut a terme mitjançant les dades del Ministeri de Sanitat. Les dades varen ser aconseguides via una sol·licitud per part del diari al Ministeri de Sanitat, emparant-se en la Llei de Transparència. Per tal de contrastar aquestes dades, hem revisat si hi havia consonància entre el nombre de parts de les diferents comunitats autònomes (dada de lliure accés per l'ECSAE) amb la suma dels parts de tots els hospitals d'una mateixa comunitat autònoma oferits per elDiario.es. En aquesta comprovació les dades han estat coincidents tot i que amb algunes desviacions del 0,05% al 0,4%. Tot i així, s'han interpretat com a verídiques les dades de la investigació d'Ana Requena i Raúl Sánchez, ja que s'entenen com a normals aquestes petites desviacions en l'ajust de dades.

Gràfic 7. Taxa mitjana de cesàries (codi de colors) i nombre total de parts (mida dels quadres) entre el 2001 i 2020 dels diferents hospitals d'Espanya.



Font: Requena, A. Sánchez, R. Investigació per elDiario.es. Realitzat a partir de les dades de la taxa de cesàries de cada hospital entre el 2001 i el 2020 proporcionades pel ministeri de sanitat.

Aquest primer gràfic ens ensenya una perspectiva molt general sobre la distribució dels diferents hospitals i les seves taxes de cesària. Com s'indica a la llegenda, el color dels punts al mapa representa la taxa de cesàries de cada hospital, des del 12% amb un turquesa molt obscur fins al 36%, representat amb un vermell intens. A més a més, la mida dels quadres ens indica en nombre de parts que ha atès aquest hospital, és a dir, els quadres més grans són els que atenen més parts i els més petits els menys. Aquest gràfic presenta moltíssima informació que haurà de ser analitzada de manera més detallada de la que ens permet aquest mapa, una mica sobrecarregat d'informació.

Si més no, el mapa ens permet fer-nos una idea sobre la realitat de les cesàries als diferents hospitals. Un fet remarcable és que si ens fixem en aquells requadres de major mida, la majoria tenen tons turquesa, això s'accentua al País Basc, on veiem els hospitals amb menors taxes de cesàries. Per altra banda, si cerquem aquells hospitals marcats amb un vermell més intens, que ens indicaria un major percentatge de cesària, podem observar molts de petits punts repartits per tot el mapa. Tot i que a València i Barcelona destaquen alguns hospitals amb taxes de cesàries molt altes i amb un quadre d'una mida intermèdia, aquesta no és la norma. Per regla general, veiem més hospitals marcats amb tons vermells en aquells de menor mida, inclús en alguns casos els quadres són tan petits que quasi no són ni apreciables. A més a més, a aquest gràfic també podem observar algunes de les tendències explicades a

l'anàlisi per comunitats autònomes, on veiem que al País Basc hi ha molta presència d'hospitals amb baixa taxa de cesàries i a la Comunitat Valenciana hi ha una major concentració d'hospitals amb més percentatge de cesàries. El cas d'Extremadura, que comentàvem abans, també queda reflectit al mapa, però pel fet de tenir menys hospitals i un menor nombre de parts no destaca tan visualment.

Una vegada vista la distribució dels hospitals al mapa i analitzada una certa relació entre la quantitat de parts assistits i la taxa de cesàries, caldrà anar una mica més enllà en la relació entre les cesàries i els hospitals. Aprofundir en com el nombre de parts que atén un hospital influeix sobre la seva taxa de cesàries, explorar de manera més concreta com són els hospitals de les diferents comunitats autònomes i comparar també quina relació hi ha entre la taxa de cesàries i la naturalesa pública o privada dels hospitals. A aquesta investigació es varen fer dues categories, hospitals del Sistema Nacional de Salut, com a públics, i els que no formen part del SNS, com a privats. Per poder comparar la relació entre les taxes de cesàries amb la quantitat de parts assistits, la comunitat autònoma de l'hospital i el tipus d'hospital, s'han elaborat dues taules que recullen aquesta informació per als 12 hospitals amb major i menor taxa de cesàries. D'aquesta manera obtindrem una vista bastant clara sobre els hospitals que es situen als dos extrems en quant a percentatge de cesàries. Pel que fa al nombre de parts que ha atès cada hospital durant aquells deu anys, farem 5 classificacions: Hospitals molt grans (més de 20.000 parts), grans (10.000-20.000 parts), mitjans (5.000-10.000), petits (1.000-5.000) i molt petits (menys de 1.000 parts).

Taula 2. Taxa de cesàries, tipus d'hospital, nombre de parts i comunitat autònoma a la que pertanyen dels 12 hospitals amb taxes de cesàries més altes d'Espanya.

Hospital	Taxa de cesàries	Tipus d'hospital	Parts	CCAA
Centre Mq Reus	63,10%	Públic-SNS	1.687	Catalunya
Hospiten Lanzarote	61,60%	Privat	242	Illes Canàries
Vithas Hospital Perpetuo Internacional	60,80%	Privat	5.300	C. Valenciana
Hospital Medimar Internacional	57,70%	Privat	5.119	C. Valenciana
Hospital Virgen de Las Montañas	56,80%	Privat	2.965	Andalusia
Hospital Recoletas de Burgos	54,10%	Privat	851	Castella i Lleó
Hospital Comarcal d'Amposta	51,00%	Públic-SNS	522	Catalunya
Hospital Santa Barbara	50,90%	Públic-SNS	5.055	Castella La Manxa
Clinica Montpellier, Grupo HLA, S.a.u	50,60%	Privat	666	Aragó
Clinica Los Manzanos	49,90%	Privat	1.430	La Rioja
Hospital San Francisco de Asis	49,40%	Privat	6.312	Madrid

Hospital Virgen del Camino	48,90%	Privat	4.416	Andalusia
----------------------------	--------	--------	-------	-----------

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del ministeri de sanitat entre el 2001 i el 2020, oferides per l'investigació de Requena, A. Sánchez, R per elDiario.es.

En aquesta primera taula (Taula 2), es mostren els 12 hospitals que han tingut una taxa total més elevada de cesàries entre el 2010 i el 2020. De cada un dels hospitals podem veure a quina comunitat autònoma pertany, quants de parts va atendre durant aquests deu anys i si són hospitals públics o privats. Una de les dades que es pot observar més fàcilment, és el fet que 9 dels 12 hospitals són privats, cal tenir en compte que més del 75% dels hospitals de la mostra són públics. Per altra banda, veiem que aquests hospitals estan bastant repartits entre les diferents comunitats autònomes, tot i que, entre Catalunya i la Comunitat Valenciana, tenen quatre dels set hospitals amb la taxa de cesàries més altes als seus territoris. Per últim, si mirem el nombre de parts per hospital, també sobta el fet que tots els hospitals són mitjans, petits o molt petits, és a dir, que no realitzen gaires parts en comparació a altres hospitals de major mida. En resum, veiem que els hospitals amb les taxes més altes de cesàries solen ser hospitals de l'àmbit privat, que a més a més, no solen ser hospitals que atenguin molts de parts (ni els públics ni els privats). Alguns d'aquests hospitals se situen a Catalunya i la Comunitat Valenciana, d'entre altres autonomies.

Taula 3. Taxa de cesàries, tipus d'hospital, nombre de parts i comunitat autònoma a la que pertanyen dels 12 hospitals amb taxes de cesàries més baixes d'Espanya.

Hospital	Taxa de cesàries	Tipus d'hospital	Parts	CCAA
Centre Sociosanitari de Puigcerda	14,70%	Públic-SNS	749	Catalunya
Hospital Universitario Miguel Servet	14,60%	Públic-SNS	43.274	Aragó
Hospital Universitario de Navarra	14,60%	Públic-SNS	45.306	Navarra
Hospital Universitario Donostia	14,20%	Públic-SNS	41.392	País Vasc
Hospital de Terrassa	13,70%	Públic-SNS	14.317	Catalunya
Hospital Universitario Basurto	13,60%	Públic-SNS	26.115	País Vasc
Hospital Universitario Rey Juan Carlos	12,90%	Públic-SNS	15.515	Madrid
Hospital de Zumarraga	12,90%	Públic-SNS	8.628	País Vasc
Hospital Universitario Cruces	12,90%	Públic-SNS	58.628	País Vasc
Complejo Hospitalario UIMI	12,60%	Públic-SNS	52.575	Illes Canàries
Hospital Universitario Araba	11,60%	Públic-SNS	28.193	País Vasc
Hospital de Mendara	11,20%	Públic-SNS	6.344	País Vasc

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de ministeri de sanitat entre el 2001 i el 2020, oferides per l'investigació de Requena, A. Sánchez, R per elDiario.es.

Per altra banda, a aquesta taula, se'ns presenten aquells 12 hospitals amb la taxa de cesàries més baixa de tota Espanya entre el 2010 i el 2020. L'Hospital de Mendaro, se situa com l'hospital amb la taxa més baixa, amb un 11,20% de cesàries. Cal destacar que aquests 12 hospitals són els únics de tota Espanya que es troben al llindar recomanat per l'OMS, del 10% al 15%. A diferència de la Taula 2, a aquesta veiem una uniformitat total en els tipus d'hospitals, tots són públics, confirmant així la tendència dels hospitals públics a tenir una menor taxa de cesàries que els privats. Si ens fixem en la distribució d'aquests hospitals en les diferents comunitats autònomes, en aquest cas sí que veiem clarament una clara representació d'un territori. La meitat dels hospitals de la taula, són hospitals del País Basc, i els altres es reparteixen per diferents autonomies d'Espanya. Aquest fet segueix la tendència que ja havíem vist, on el País Basc presenta unes dades molt allunyades de la resta d'Espanya (a excepció de Navarra, que presenta taxes lleugerament superiors a les del País Basc). Pel que fa al nombre de parts, podem observar el cas contrari a la taula 2. Més de la meitat dels hospitals han atès més de 20.000 parts, i els altres (a excepció del Centre Sociosanitari de Puigcerdà) són mitjans o grans, situant-se per sobre dels 5.000 parts. En termes generals, podem veure que els hospitals amb una menor taxa de cesàries, són hospitals públics, que atenen una major quantitat de parts i veiem una concentració d'aquests hospitals al País Basc.

4.5. Factors que influeixen en les taxes de cesàries a Espanya

Un cop analitzada la situació d'Espanya en quant a les taxes de cesàries, havent pogut comparar aquesta situació amb altres països, analitzat com és dona entre les diferents comunitats autònomes i veient quina relació hi ha entre els diferents hospitals i aquestes taxes, només faltaria descobrir quins factors produeixen que les taxes d'Espanya siguin tan altes a quasi tot el panorama espanyol. Alguns d'aquests factors, ja s'han comentat en els diferents apartats de l'anàlisi, tot i això, caldrà tenir en compte molts altres factors i aprofundir en aquests ja esmentats.

Ha quedat totalment clar que en les darreres dues dècades Espanya ha presentat unes xifres molt elevades en quant a taxes de cesàries. Si tenim en compte que la reducció de la mortalitat i la morbiditat per a mares i fills deixa de tenir efecte quan les cesàries superen el 15%, ens trobem en una situació en què al voltant d'un 10% dels parts estan sent atesos mitjançant la cesària de forma innecessària. Això suposa un risc tant per les mares com pels fills. Aquest 10% esdevé quasi un 40% de les cesàries, és a dir, 4 de cada 10 cesàries que es realitzen a Espanya no s'haurien de realitzar. Comporten un risc per a les mares i els nadons i no esdevenen cap mena de millora en salut. Aquest percentatge de cesàries que no atenen a raons mèdiques, són aquelles que anomenarem medicalització, aquelles on es duu a terme una intervenció quirúrgica per uns motius no-mèdics. Ara bé, quins són aquests motius?

Una de les primeres causes que podem relacionar amb les taxes de cesàries és la despesa en sanitat. Com s'explica a l'article "An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain"(2022) hi ha una relació inversa entre la taxa de cesàries i la despesa en sanitat. Aquesta relació a priori no sembla massa lògica, ja que els parts per cesària acaben generant una major despesa econòmica per als hospitals, pel fet que aquesta comporta una intervenció quirúrgica i més dies d'hospitalització. Tot i així, aquesta relació no s'estableix en tant el cost monetari d'un tipus de part o d'un altre, sinó al personal i la preparació d'aquests per als diferents parts. Aquesta relació inversa entre despesa i cesàries, va lligada al fet que els hospitals que compten amb més matrones i paritoris també presenten un descens de les taxes de cesàries. D'aquesta manera una inversió en l'atenció al part natural, podria produir a llarg termini un estalvi pel SNS, ja que la reducció de cesàries va lligada a una reducció de la despesa.

D'aquesta primera causa de l'excés de cesàries se'n deriven moltes altres lligades a la falta de personal. Un exemple és el fet que una vegada iniciat el procés del part, aquest pot durar un o dos dies i molts cops, si amb unes hores no es veu un progrés notable del part, es realitza una cesària. Això és deu al fet que, quan el part s'allarga, aquest necessita moltes hores d'atenció constant per part del personal hospitalari. Això suposa un problema no tan sols per la falta de personal, sinó també per la falta de formació d'aquest personal. Anna Suy, portaveu de la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia (SEGO), afirmava l'any 2021 que falta formació dels sanitaris en el part. Una altra causa de l'augment de la taxa de cesàries lligada a la falta de personal la trobem en quant es realitzen més i menys cesàries. Mentre de dilluns a divendres es fan un 28/29% de cesàries, el cap de setmana aquestes baixen a un 20/21%, segons assenyalen les dades de l'INE entre els anys 2010 i 2020 (Taula 4). Això es deuria a la falta de personal el cap de setmana. Molts cops s'escollirà programar una cesària entre setmana si hi ha risc que el part es doni en cap de setmana. Això es deu a una doble causa, per una banda, perquè entre setmana hi ha més personal als hospitals, per altra banda, perquè si hi ha un part en cap de setmana i el personal és insuficient, s'han de trucar als metges que estan de guàrdia. És a dir, s'està prioritant un tipus de part o un altre en funció de la comoditat horària dels sanitaris, mentre que el que es podria esperar, és que s'escollís aquella opció que fos millor per a la salut de la mare i el nadó.

Taula 4. Taxa mitjana de cesàries segons dia de la setmana d'Espanya entre el 2001 i el 2020.

	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge
Taxa de cesàries	28,6	28,7	28,9	28,5	28,6	21,1	19,7

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de ministeri de sanitat entre el 2001 i el 2020, oferides per l'investigació de Requena, A. Sánchez, R per elDiario.es.

Tots aquests motius, reflecteixen el perquè de les taxes tan altes de cesàries a quasi tota Espanya, tot i així no acaben d'aclarir perquè els hospitals que atenen menys parts i els privats presenten taxes tan altes de cesàries. Per una banda, la falta de personal obstètric dels hospitals s'accentua molt més als privats. A més els hospitals més petits o que duen a terme menys parts, tot i que siguin públics es troben en la mateixa situació de manca de personal i d'instal·lacions per al part natural. Per altra banda, els caps de setmana en el cas dels hospitals privats, no estarem parlant d'una simple reducció de personal, sinó que a vegades només està el personal mínim i els sanitaris especialitzats estan de guàrdia. D'aquesta manera s'accentua el fet de preferir programar una cesària entre setmana que no arriscar-se a un part natural el cap de setmana.

Seguint en la línia de l'àmbit privat, cal tenir en compte alguns motius addicionals. El fet que comentàvem sobre la relació entre la despesa en sanitat i la taxa de cesàries també té efectes en el sector privat, si més no, cobrarà molt més importància una altra causa relacionada amb l'economia. Com explicava l'article "An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain"(2022), les cesàries suposen una despesa econòmica més gran si es té en compte el temps d'hospitalització postoperatòria i els costos de la intervenció. Per norma general, la sanitat privada a Espanya, funciona a través d'assegurances, per tant, no és el pacient qui paga a l'hospital normalment, sinó l'assegurança del pacient. D'aquesta manera i tenint en compte que els hospitals privats tenen fins lucratiu, sabem que els seus serveis mèdics compten amb una sobrecàrrega del preu real dels serveis, és a dir, tenen marge de benefici. D'aquesta manera, pels hospitals privats seria econòmicament convenient realitzar una cesària, que suposa un cost més elevat, que un part natural.

Per últim, cal recalcar un últim factor que presenta influència sobre els percentatges tan alts de cesàries a Espanya. Aquest factor és el fet que, en moltes ocasions, els metges dels hospitals privats, i en alguns casos del Sistema Nacional de Salut, donen l'opció a les mares d'escollir quin part volen tenir. En certa manera, el fet que la mare tingui llibertat d'elecció sembla un avenç en matèria social. En la majoria de casos, això no suposa un benefici per a la mare, ja que darrere d'aquesta potestat de decisió no trobem una situació on s'hagi informat bé a la mare sobre els riscos d'una cesària si l'embaràs és de baix risc. Com caldria esperar, això s'accentua molt més a la sanitat privada, on el pacient esdevé un client, i moltes vegades acaba guanyant el "qui paga mana" per sobre del rigor científic. S'acaba posant en risc la salut de mare i fill. (Gérvias, 2018) Aquesta elecció del part acaba agreujant encara més la bretxa entre la taxa de cesàries dels hospitals públics i privats.

Cal tenir en compte que tots aquests factors enumerats com a factors condicionants sobre la taxa de cesàries, només són alguns dels més rellevants, ja que en situacions específiques es poden diversificar molt les causes. Un exemple d'això últim, són casos com el percentatge de cesàries d'Extremadura l'any 2020, que com hem vist al Gràfic 6, es disparaven en diferència als anys passats. El 2020 durant la pandèmia de covid-19, des d'alguns hospitals d'Extremadura, com l'Hospital de Plasència o l'Hospita Don Benito-Villanueva, es va prendre la decisió de realitzar cesàries a totes aquelles persones que donessin positiu de covid en PCR. Per exemple, en aquest cas concret, aquesta acció va ser una de les principals causes del brutal augment de les taxes de cesàries.

V. CONCLUSIONS

La cesària és una operació quirúrgica que s'utilitza per a finalitzar l'embaràs o el part. Aquesta operació es realitza com una alternativa al part vaginal amb un únic objectiu, protegir la salut de la mare i el fetus, o així hauria de ser. A aquest treball, hem volgut comprovar si això era així o, per altra banda, s'estan fent cesàries que atenen a motius no-mèdics i acaben tenint conseqüències negatives per les mares i els seus fills. Perseguint aquest objectiu, s'ha analitzat la situació a Espanya quant a les cesàries, utilitzant com indicador principal la taxa de cesàries. A més, s'ha volgut donar llum sobre quins són els factors que impulsen a realitzar cesàries que, per una banda, no atenen a cap fonament mèdic i, per altra banda, es converteixen en una situació de risc per a les mares i els fetus. Hem vist que en la pràctica hi ha un abús constant d'aquesta operació a quasi tots els països desenvolupats o en vies de desenvolupament i Espanya no és una excepció (Bétran, 2016). Els factors que influeixen a això van des de causes econòmiques fins al simple fet que la mare esculli aquest tipus de part (Pérez-Fernández, 2020). Hem analitzat de forma multidimensional l'evolució d'Espanya quant a les cesàries, comparant amb altres països i entre les seves pròpies comunitats i hospitals. A més, hem pogut desxifrar un seguit de factors que condicionen la realització de cesàries en casos on seria més recomanable un part vaginal.

En les dues primeres dècades del segle XXI Espanya ha mantingut taxes de cesàries molt per sobre de les recomanables segons l'OMS. Mentre aquesta organització recomana mantenir aquesta taxa entre el 10% i el 15%, Espanya ha voltat el 25% de cesàries durant aquests 20 anys. Des del 2006 veiem una lleugera tendència cap a disminuir aquesta taxa, tot i així, en els 14 anys entre el 2006 i el 2020 la taxa només s'ha reduït en un 1,8%. Si Espanya segueix la mateixa tendència trigaria més de 70 anys en arribar al màxim contemplat per l'OMS, un 15%. Això evidencia que aquest petit decreixement no pot ser el full de ruta en els propers anys, ja que suposa un descens totalment irrisori. A més, si comparem a Espanya amb altres països europeus, aquesta no surt ben parada de la comparació, quedant situada entre els països amb les taxes més altes.

Quan s'analitzem les diferents taxes de cesàries en el territori espanyol, la situació precària d'Espanya en quant al part queda encara més evidenciada. Pràcticament, totes les autonomies d'Espanya superen el 20% de taxa de cesàries, arribant en alguns casos fins al 30%. És a dir, les taxes abusives de cesàries es reparteixen per pràcticament tots els punts d'Espanya, i només hi ha dues comunitats que s'aproximen a l'estàndard del 10-15%, País Basc i Navarra. El País Basc és l'indret de referència a Espanya en quant al part natural, és l'única autonomia de tota Espanya que tant en els anys més recents, 2020, com als primers que hem analitzat, 2001, les seves taxes de cesàries han estat a prop del 15%.

En definitiva, tenim Espanya amb un panorama clar de medicalització del part, i tot i que la medicalització no sempre té impactes negatius, en aquest cas esdevé un possible risc per la salut tant de les mares com dels fills, ja que, com hem pogut revisar al marc teòric, les cesàries augmenten les possibilitats d'emmalaltir tant pels fills com per les mares. A més

també augmenta les possibilitats que el nadó pugui ingressar a l'UCI o tingui malalties greus respiratòries i que la mare tingui més dolor postpart i dificultats per donar el pit. D'aquesta manera veiem que aquest sobrepassament de les taxes recomanades de cesàries, no queden sense conseqüències i una intervenció mèdica acaba sent la que posa en risc la salut.

Una de les principals conclusions que s'han pogut extreure sobre com és dona aquesta medicalització, han estat les troballes d'analitzar les taxes de cesàries de diferents hospitals amb el nombre de parts que assisteixen i el tipus d'hospitals que són. En aquest cas, la conclusió ha estat clara. Hi ha una major tendència a realitzar cesàries per part dels hospitals privats, amb alguns casos extrems que superen el 60% de cesàries. També s'ha observat una tendència en què els hospitals on s'atenien menys parts tenien més predisposició a realitzar més cesàries que els hospitals que n'atenien molts.

S'ha pogut analitzar que la taxa de cesàries presenta relació amb la despesa en sanitat de cada país o territori. A major despesa en sanitat menys cesària. Aquest punt ens ensenya les mancances d'alguns sistemes sanitaris com l'espanyol en matèria obstètrica, sent la falta de matrones i recursos sanitaris un factor influent en les altes taxes de cesàries d'Espanya. Un altre punt molt important és la falta de personal, com els parts naturals que s'allarguen necessiten més supervisió mèdica, molts cops es recorreix a la cesària. De la mateixa manera passa als caps de setmana, on la falta de personal precipita cesàries planificades. Aquest punt s'agreuja molt més en els hospitals privats. A més, darrera d'aquest tipus d'hospitals també trobem l'interès econòmic, ja que les cesàries suposen unes despeses més grans, el que significa un major benefici per un hospital privat. Per últim, també s'ha vist que un dels factors que influeix en les altes taxes de cesàries és la possibilitat d'elecció de les mares, que sol anar acompanyada de la manca d'informació. Aquest últim factor, també s'accentuaria al sector privat on podríem parlar més sovint de la cesària sota demanda.

En conclusió, Espanya presenta un panorama greu d'abús del part per cesària, amb unes taxes que superen per molt les desitjables. Parlem d'un clar cas de medicalització del part, que esdevé un abús cap a la dona. Víctima del sistema es veu exposada a un risc totalment innecessari per a ella i pel nounat. Queda clar la necessitat de dissenyar un nou full de ruta per als pròxims anys. Un dels punts importants per a un pla de reducció de la taxa de cesàries, és la inversió en salut obstètrica. La falta de recursos, a més de ser un dels factors causants de l'elevada taxa de cesàries, acaba sent generador de noves circumstàncies que agreugen més aquesta problemàtica. Cal remarcar també que aquest pla per a la reducció de les taxes de cesàries que estaria en mans del govern espanyol, hauria d'iniciar el més aviat possible. Encara que es necessiti d'una gran inversió per a millorar l'assistència al part, aquesta seria retornada en forma d'estalvi quan les taxes de cesàries es reduïssin.

Aquest pla hauria de tenir en compte les diferències que existeixen en diferents comunitats autònomes i, per tant, distribuir la inversió econòmica de forma que aquells territoris amb taxes més disparades poguessin aconseguir un ràpid descens d'aquestes. Aquesta despesa econòmica no tan sols s'hauria d'utilitzar per a instal·lacions i personal, sinó que és important continuar formant al personal encarregat d'aquest tipus de pacients. A més de l'inversió

monetària caldria establir també uns protocols el més concrets possible, pot ser a través del mètode de classificació Robson de l'OMS, i realitzar un control exhaustiu per verificar que els hospitals el compleixen, especialment els privats. Relacionat amb aquest últim punt, cal parar especial atenció en què el sanitari, en aquest cas el metge, és el que té el coneixement científic a través del qual decidirà si hi ha algun tipus de risc a l'embaràs pel qual sigui adient realitzar una cesària. I en el cas que la mare sigui la que té el poder de decisió, que aquest poder estigui acompanyat d'una informació completa, tenint en compte que la cesària està pensada per a determinades circumstàncies de perill i ,que realitzar-la en qualsevol cas que no es necessiti, pot suposar un risc per a la salut del seu fill i per a la seva pròpia.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Agència Valenciana de Salut. (2007). Cesàrea. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. Disponible a:
<https://www.san.gva.es/documents/151744/512074/Cesarea.pdf>
2. Aguilar, R., Manrique, G., Aisa, L. M., Delgado, L., González, V., Aceituno, L. (2016). Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(2), 99-104.
3. Alcaide, A. R., Arranz, J. M. (2022). An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain. *Health Policy*, 126(1), 24-34.
4. Alcaide, A. R. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, (18), 13-26.
5. Andresik, D. (2007). Disease Mongering: El arte de fabricar enfermedades. *Archivos del Hospital Italiano de Buenos Aires*.
6. Barros, J. A. C. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579-587.
7. Betrán, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., Gülmezoglu, A. M., Aleem, H. A., Althabe, F. Zongo, A. (2016). WHO statement on caesarean section rates. *Bjog*, 123(5), 667.
8. Bjornberg, A. (2018). 2017 Euro Health Consumer Index. *PharmacoEconomics & Outcomes News*, 796, 31-10.
9. Càmara Nacional de la Indústria Farmacèutica. Panorama de la Salut de la Salut 2019. Indicadores de la OCDE. (2020). OCDE.
10. 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.
11. Conjunto Mínimo Básico de Datos. (2001-2011). Tasa de cesáreas de los hospitales de Sistema Nacional de Salud.. Datos del 2001 al 2011.
12. Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. (2014). Parto por cesárea. Disponible a:
<https://dpej.rae.es/lema/parto-por-ces%C3%A1rea>

13. Gervas J. Pérez-Fernández M. (2020) El Encarnizamiento Médico con las mujeres: 50 intervenciones Sanitarias Excesivas y cómo evitarlas. Barcelona: Los libros del lince.
14. Gøtzsche, P.C. (2013). Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud. Copenhagen: Institute for Scientific Freedom.
15. Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. (1974) Barral Editores, Barcelona.
16. Instituto Nacional de Estadística. (2001-2011). Fenómenos demográficos. Estadísticas de partos nacionales. Partos según tipos de parto. Datos del 2001 al 2011. Disponible a:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=resultados&idp=1254735573002
17. Instituto Nacional de Estadística. Fenómenos demográficos. Estadísticas de partos por comunidades autónomas. (2001-2011). Partos según residencia de la madre por comunidad autónoma y tipos de parto. Datos del 2001 al 2011. Disponible a:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=resultados&idp=1254735573002
18. Laguado, N., Meza, A. J. J., Colobon, J. J., Salazar, L., Mora, M., Cáceres, Y. (2011). Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. Revista ciencia y cuidado, 8(1), 55-60.
19. 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.
20. 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.
21. Márquez, S., Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria, 5(2), 47-53.
22. Medina, V. (22 de febrer del 2012). Italia es el país europeo con más partos por cesárea. Guiainfantil. Disponible a:
<https://www.guiainfantil.com/blog/parto/cesarea/italia-es-el-pais-europeo-con-mas-partos-por-cesarea/#:~:text=Aparte%20de%20los%20supuestos%20motivos,por%20ciento%20de%20los%20hospitales>

23. Ministerio de Sanidad. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. (2011-2020). Actividad obstétrica. Tasa de cesáreas por comunidad autónoma y total nacional del 2011 al 2020. Disponible a:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/antteriores.htm>
24. Ministerio de Sanidad. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. (2001-2010). Actividad obstétrica. Tasa de cesáreas por comunidad autónoma y total nacional del 2001 al 2010. Disponible a:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/antteriores.htm>
25. Ministerio de Sanidad. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. (2008). Observatorio de Salud de la Mujeres.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2013). Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001 – 2011. Información Sanitaria e Innovación. Informes breves CMBD, número 1.
27. Morales, P. Martínez, J. A. H., Rojas, J. G., López, E. I. (2009). Cesárea: beneficios y riesgos. Médica Sur, 16(4), 181-184.
28. Nápoles, M. R. S., Peñate, L. L. M., Llody, G. T., Arencibia, C. M., Hernández, D. D. L. C. C. (2018). La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 44(2), 1-19.
29. Oncoy Rosales, A. (2018). Indicaciones de cesárea. Rev. méd. panacea, 69-73.
30. Organization for Economic Co-operation and Development. (2001-2011). Health care Utilisation. Cesarean deliveries and total deliveries, 2001-2011. Disponible a:
https://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_PROC
31. Organization for Economic Co-operation and Development. (2017). Health care Utilisation. Cesarean deliveries and total deliveries, 2017. Disponible a:
https://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=HEALTH_PROC
32. Psetizki, V. (18 de juny del 2010). ¿Por qué se hacen tantas cesáreas en América Latina?. BBC Mundo. Disponible a:
https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2010/06/100618_cesareas_america_latina_lr#:~:text=%22Se%20ha%20comprobado%20un%20incremento,dijo%20a%20modo%20de%20ejemplo
33. Requena, A. Sánchez, R. (16 d'octubre de 2022). Consulta la tasa de partos por cesárea de cada hospital de España. elDiario.es. Disponible a:

https://www.eldiario.es/sociedad/buscador-consulta-tasa-partos-cesarea-hospital-espana_1_9622470.html

34. Requena, A. Sàncez, R. (16 d'octubre de 2022). El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos quirúrgicos. elDiario.es. Disponible a: https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html#metodologia
35. Requena, A. Sàncez, R. (21 d'octubre de 2022). Los datos que señalan cómo se programan cesáreas en España para evitar partos en fin de semana y festivos. elDiario.es. Disponible a: https://www.eldiario.es/sociedad/datos-senalan-programan-cesareas-espana-evitar-partos-semana-festivos_1_9636522.html
36. Rezaei, S., Salimi, Y., Zahirian Moghadam, T., Mirzarahimi, T., Mehrtak, M. and Zandian, H. (2018), "Quality of life after vaginal and cesarean deliveries: a systematic review and meta-analysis", International Journal of Human Rights in Healthcare, Vol. 11 No. 3, pp. 165-175.
37. Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams II, R. D. (2021). Reflecting Poorly: Health Care in the US Compared to Other High-Income Countries.
38. Uzcátegui, O., Aristoy, P., García, F. (1995). Infección de la herida operatoria en cesáreas. Rev. obstet. ginecol. Venezuela, 143-147.
39. Villanueva, L. (2004). Operación cesárea: una perspectiva integral. Rev Fac Med UNAM, 47(6), 246-50.
40. VILLCA, S. (2018). Simulación clínica y seguridad de los pacientes en la educación médica. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación, 16(18), 75-88.
41. World Health Organization. (2017). Robson classification: implementation manual.
42. World Health Organization. (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access.