



CENTRO EDUCATIVO CRUZ AZUL

BACHILLERATO CRUZ AZUL

Incorporado a la UNAM SÍ

Clave: 6914



Acuerdo 86/98 del 02 de Junio 1998

Sección Lagunas Oaxaca

UNA EPIDEMIA LLAMADA CESAREA, NEGLIGENCIA O URGENCIA

Clave de registro de proyecto: CIN2015A10069

Autores:

Hervin Alejandro Houg Cruz

Rigel Betzaida Ruiz Manuel

Asesor: Dr. Freddy Dehesa Pineda

Área del conocimiento: Ciencias biológicas, químicas y de la salud.

Disciplina: Ciencias de la salud

Tipo de investigación: Documental y de campo.

Ciclo escolar 2014-2015

Lagunas Oaxaca, Marzo del 2015

RESUMEN

El fenómeno que llamó nuestra atención y despertó la curiosidad para llevar a cabo la realización de nuestro proyecto de investigación, basado en este tema fue que casi la mitad de las mujeres mexicanas de todos los estratos sociales han tenido hijos por este método, incluso cuando acuden a hospitales públicos; médicos dicen que las cifras no se justifican, el país ocupa el cuarto lugar en el mundo con el mayor número de cesáreas sin urgencia médica, después de China, Brasil y Estados Unidos. En México, sin embargo, existe un boom en torno a esta práctica. La falta de información sobre las opciones de parto natural, y el interés de hospitales privados y doctores que pueden obtener altas ganancias han hecho que la mayoría de los partos sea por cesárea. Primeramente investigamos de manera documental todo sobre el tema para familiarizarnos con nuestro trabajo, obtuvimos información fidedigna obtenida de fuentes bibliográficas confiables, visitamos instancias gubernamentales y privadas para obtener información estadística de casos, realizamos entrevistas a personas especializadas y aplicamos encuestas para saber la opinión pública, la información obtenida la organizamos, la clasificamos, la analizamos, la distribuimos en tablas y graficas plasmando en ellas la interpretación de las mismas para que al final realizáramos las conclusiones pertinentes y construimos estrategias de difusión preventivas para informar a la población y ayudar a disminuir la incidencia de las mismas.

ABSTRACT

The phenomenon that drew our attention and curiosity to carry out our research project, based on this theme was that half of the Mexican women of all social strata have had children by this method, even when they go to public hospitals; doctors say that the figures are not justified, the country ranks fourth in the world with the largest number of Cesareans without medical urgency, after China, Brazil and United States. In Mexico, however, there is a boom around this practice. The lack of information about natural childbirth options, and the interest of private hospitals and doctors who can get high profits have made the majority of deliveries by caesarean section. First we investigate documentary way all about the topic to familiarize ourselves with our work, obtained reliable information obtained from bibliographic sources reliable, visited governmental and private bodies to obtain statistical information of cases, conducted interviews with specialists and implement surveys to know public opinion, information obtained organize it, classify it, analyze it, distribute it in tables and graphs reflecting in them the interpretation thereof so that at the end we do the relevant conclusions and build strategies preventive broadcast to inform the population and help reduce the incidence of the same.

INDICE

Planteamiento del problema.....	5
Hipótesis.....	5
Justificación.....	5
Objetivo general.....	6
Objetivos específico.....	6
Fundamentos teóricos.....	6
Metodología de la investigación.....	8
Definición de términos básicos.....	9
Asesoría técnica.....	10
Visitas a instancias gubernamentales.....	10
Resultados.....	11
Bibliografía.....	18

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la incidencia con la que se presenta la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea), así como los factores predisponentes que influyen y justifiquen en la decisión de seguir esta conducta, en el istmo de Tehuantepec Oaxaca?

Hipótesis o conjeturas:

Nuestro país ocupa el cuarto lugar en el mundo con el mayor número de cesáreas sin urgencia médica por lo que la organización mundial de la salud sugiere que solo uno de cada diez nacimientos sea por este método por lo que suponemos que en el istmo de Tehuantepec la incidencia de este método es alta y los factores predisponentes en su mayoría no justifican su utilización en gran parte de los casos.

Justificación y sustento teórico:

Debido a que la práctica de cesáreas sin necesidad médica aumenta tres veces en riesgo de que las mujeres mueran o se enfermen e incrementa la posibilidad de que el recién nacido tenga problemas respiratorios y a la alta incidencia que esta presenta estableceremos nuestra investigación en encontrar estrategias de mejora para ayudar a disminuir esta alta incidencia en nuestra región el doctor Christian Bayron Mera, director del hospital materno Infantil Vicente Guerrero en el Estado de México, menciona que el 80% de las madres podría tener un parto natural. La Secretaria de Salud ha establecido un máximo de 20% de cesáreas en las instituciones públicas. Sin embargo el 33% de todos los nacimientos en estos hospitales son por cesárea y cada año aumenta el porcentaje. la Universidad Autónoma de México en su revista de la Facultad de Medicina menciona, que México es uno de los países con mayor índice de cesáreas en el mundo. Muchas de esas cirugías son innecesarias, igual que otras intervenciones médicas relacionadas con el parto, como la episiotomía o la ruptura artificial de la placenta.

Objetivo general:

Determinar la incidencia y los factores causales que influyen en la toma de decisiones para que un embarazo sea interrumpido por el método de cesárea.

Objetivos específicos:

- Determinar la incidencia con la que se presentan las cesáreas en el istmo de Tehuantepec
- Enlistar los factores predisponentes de mayor frecuencia en los que se presenten las cesáreas
- Establecer el nivel de educación preventiva que existe en los pobladores acerca de factores preventivos de las cesáreas
- Planear estrategias de prevención con los resultados obtenidos.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

En el departamento de encuesta nacional de salud y nutrición, en el artículo de “Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto” se menciona que durante las últimas décadas la atención del embarazo y el parto se ha institucionalizado y medicalizado de manera creciente. Sin duda esto ha contribuido a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; no obstante también presenta dificultades, como es el incremento en las tasas de cesáreas, que a su vez ocasionan otros problemas de salud no menos importantes.¹ La cesárea necesaria que se estima indispensable en 10 a 15% de los partos según la Organización Mundial de la Salud (OMS)² o 15 a 20% según la NOM-007³. En el ámbito



¹ Beltran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol, 2007; 21:98–113. Villar J, Valladares E., Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367(9525):1819-29.

² WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2(8452):437-8.

mundial se efectúan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales la mitad son consideradas como innecesarias y ocasionan un costo excesivo de aproximadamente 5.4 veces más que lo esperado para la atención del nacimiento. En el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias⁴. En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de dicha práctica que supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. Este aumento no ha producido ningún beneficio global para el bebé o la madre, pero sí está vinculado con una mayor morbilidad materna grave y de mortalidad materna y doble riesgo de obtener pobres resultados fetales), así como con un mayor número de partos pretérmino y muerte neonatal⁵. y con acretismo placentario en el embarazo subsiguiente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea.⁶ Diversas razones están asociadas a las cesáreas innecesarias, entre las más mencionadas por la literatura están: el tratamiento asociado al mal uso de diferentes intervenciones médicas (como por ejemplo, uso de oxitocina en la primera etapa del trabajo de parto [TP] monitorización electrónica fetal de rutina, ruptura artificial de membranas antes del TP activo⁸); el concepto erróneo que prevalece entre los médicos sobre el hecho de que una cesárea forzosamente predice una cesárea subsecuente, información sesgada otorgada a las mujeres sobre los beneficios del parto vaginal y riesgos que conllevan las cesáreas, falta de preparación y desarrollo de habilidades del personal de salud para ejecutar partos instrumentales con fórceps o ventosa, afán de lucro de los proveedores, incentivos económicos relacionados con las aseguradoras, y comodidad para personal médico y

³ SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1995.

⁴ Gibbons L, Belizán J, Lauer JA, Beltrán AP, Meriardi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. Geneva, Switzerland: WHO2010. Report No.: Background Paper 30.

⁵ Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes Aea. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ 2007; 335 (7628):1025-36.

⁶ Ferreira-Narváez FE, Angulo-Carvalho M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido doppler en el hospital universitario de Neiva. Colombia. Estudio de Cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol 2007; 58 (4):290-5.

usuarias. Asimismo, se ha documentado una mayor realización de esta práctica clínica en mujeres de 35 años y más de edad, y en primíparas, entre otras. A fin de contribuir a la comprensión del escenario que México tiene sobre esta práctica clínica, en este documento se analiza la información sobre la operación cesárea en el contexto de las encuestas nacionales de salud. A partir de este panorama, se plantean recomendaciones para una cobertura más amplia por medio de la atención del nacimiento vía vaginal, evitando, a su vez, el uso desmedido y sin control de la intervención clínica, así como algunas propuestas de trabajo a futuro.

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

1.-Trabajo documental. Nuestro trabajo documental se basó en la recopilación de dicha información, para la realización de nuestro trabajo de investigación, la ordenamos mediante tablas, gráficas y textos.

2.- Trabajo de campo. Durante la recopilación de información acerca de la incidencia de partos interrumpidos por cesárea en México, tomamos muy en cuenta las estadísticas obtenidas por parte de la Dirección General de Información en Salud Secretaria de Salud. Que el estado de Oaxaca incurre altamente en la práctica de las cesáreas.

Vía técnica: Documental y de campo.

División del espacio geográfico:

El istmo de Tehuantepec se encuentra en el estado de Oaxaca, y es el lugar en donde radicamos, y como pudimos darnos cuenta en este espacio territorial, por falta de información para la salud, y seguridad en cuanto a la salud de las madres hay una gran incidencia de la práctica del método cesárea.

Selección de localidades a muestrear:

Para la selección de las localidades a estudiar se tomó en cuenta estudios previos realizados de la Dirección General de Información en Salud /Secretaria de Salud y otros.

Identificación de la enfermedad:

Hay muchos motivos posibles para que el parto por cesárea sea la mejor opción o la única viable. En ocasiones, los motivos son inexorables, es decir, es imposible llevar a cabo el parto por vía vaginal; pero también hay algunos motivos que son relativos y que, por tanto, solo son factores de riesgo que hacen recomendable realizar una cesárea. La decisión final depende del médico y de la madre, y ambos tienen que valorar los peligros que tiene el parto vaginal, y las consecuencias de realizar una cesárea.

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Cesárea: Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés, Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

Emergencia: Una emergencia se presenta cuando produce una reacción inesperada en los demás.

Negligencia: Falta de cuidado o interés al desempeñar una obligación.

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Factores predisponentes: Cualquier factor condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés. Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural.

Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población

Morbilidad: Es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado.

Factores predisponentes: Cualquier factor condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés. Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural.

Asesoría técnica:

Para la elaboración de este proyecto de investigación contamos con la asesoría y apoyo de personas expertas en el tema, así como nuestro asesor Médico Especialista en Medicina Familiar Freddy Dehesa Pineda.

Visitas a instancias gubernamentales:

Acudimos a centros de atención médica de la región para la obtención de información y poder elaborar el proyecto de investigación, lo cual nos ayudó para obtener información relevante para la realización del proyecto.

RESULTADOS OBTENIDOS

Después de haber obtenido la información necesaria, nos enfocamos en procesarla y clasificarla. Para la obtención de toda la información se necesitó la ayuda de centros de salud de la zona, estado y nación.

Tabla Núm. 1 Porcentaje de nacimientos por cesárea para las principales instituciones de salud en México.

Entidad federativa	IMSS	ISSSTE2	SESA3	IMSS- Oportunidades
Nacional	43.5	56.3	31.8	18.3
Aguascalientes	36.5	47.4	47.1	
Baja California	44.0	66.7	22.9	20.6
Baja California Sur	49.0	58.0	38.4	
Campeche	45.9	59.5	43.6	18.2
Coahuila	35.2	62.6	30.6	16.3
Colima	45.3	55.7	35.6	
Chiapas	44.0	60.9	36.4	14.9

Chihuahua	33.0	67.8	35.5	18.5
Distrito Federal	50.6	57.5	31.3	
Durango	35.9	59.8	27.3	18.6
Guanajuato	44.6	24.2	34.2	
Guerrero	37.4	39.0	34.7	
Hidalgo	50.5	64.1	36.1	17.9
Jalisco	46.2	61.5	17.8	
México	39.3	62.6	20.8	
Michoacán	50.2	63.3	36.1	21.5
Morelos	49.1	60.8	29.7	
Nayarit	45.0	29.9	32.2	17.2
Nuevo León	44.0	63.1	30.0	
Oaxaca	55.9	49.4	40.2	17.7
Puebla	46.6	71.4	29.3	22.3
Querétaro	42.2	64.0	34.2	
Quintana Roo	43.1	8.4	33.5	
San Luis Potosí	35.0	51.7	26.2	16.4
Sinaloa	43.5	61.7	35.6	22.3
Sonora	45.0	63.2	35.9	
Tabasco	47.1	73.0	49.8	

Tamaulipas	43.8	65.1	34.6	19.5
Tlaxcala	39.9	74.3	37.6	
Veracruz	48.8	69.6	34.3	17.7
Yucatán	47.5	70.1	37.1	18.8
Zacatecas	34.7	58.1	27.4	18.9

1/ Fuente: Dirección General de Información en Salud /Secretaría de Salud

Cifras estimadas por el mismo instituto.

Incluye al Seguro Popular de Salud.

Después de haber obtenidos nuestros resultados nos enfocamos en saber en qué estado se presenta mayormente los casos de cesárea en las instalaciones del IMSS lo cual nos dio como resultado Oaxaca con un 55.9, en el ISSTE Tlaxcala con un 74.3, en el SESA3 Tabasco con un 49.8 y en el IMSS-OPORTUNIDADES se encuentran los estados de Sinaloa y Puebla con 22.3.

Los estados con menor casos son: en el IMSS se encuentra Chihuahua con 33.0, en el ISSTE Quintana Roo con 8.4, SESA3 Jalisco con 17.8 y en el IMSS-OPORTUNIDADES Chiapas con 14.9.

Tabla Núm. 2 Productividad y disponibilidad de recursos.

Entidad Federativa	SESA 2	IMSS	ISSSTE 3	SESA 2	IMSS 4	ISSSTE 3
Nacional	16.0	29.7	16.3	2.2	3.9	2.4
Aguascalientes	14.1	35.7	12.4	1.3	4.3	1.4
Baja California	14.5	31.3	16.8	4.2	3.6	1.4
Baja California Sur	11.6	22.3	14.0	1.6	3.9	1.4

UNA EPIDEMIA LLAMADA CESAREA, NEGLIGENCIA O URGENCIA **2014
2015**

Campeche	13.7	38.8	18.0	1.7	3.8	2.0
Coahuila	11.3	32.5	18.2	1.8	4.6	1.6
Colima	13.4	38.6	15.2	2.2	7.4	1.2
Chiapas	20.1	28.7	11.6	2.1	3.2	1.7
Chihuahua	16.4	32.4	14.0	1.4	4.5	1.4
Distrito Federal	11.4	23.1	15.2	1.5	2.9	2.7
Durango	12.3	30.0	19.5	2.9	5.4	3.2
Guanajuato	17.8	37.7	19.9	4.2	4.6	2.8
Guerrero	15.6	28.8	18.5	1.9	5.0	2.5
Hidalgo	15.9	31.5	16.8	4.3	4.1	2.6
Jalisco	15.8	31.5	16.8	4.3	4.1	2.6
México	19.3	29.3	17.1	2.3	4.0	1.9
Michoacán	17.5	28.1	17.4	2.5	3.7	2.3
Morelos	13.8	32.0	17.5	3.6	4.1	3.0
Nayarit	14.6	40.5	25.2	1.8	3.4	4.7
Nuevo León	12.0	31.3	17.0	2.5	5.4	3.0
Oaxaca	14.9	33.9	16.7	3.1	5.2	2.3
Puebla	17.3	28.3	15.8	1.8	4.1	2.1
Querétaro	18.0	30.4	12.6	4.9	5.7	9.7
Quintana Roo	14.1	31.1	25.4	1.9	5.9	1.8
San Luis Potosí	21.0	30.7	17.3	2.7	4.7	2.4

UNA EPIDEMIA LLAMADA CESAREA, NEGLIGENCIA O URGENCIA 2014 2015

Sinaloa	18.0	36.3	21.5	2.6	3.4	3.6
Sonora	14.9	27.9	14.7	1.4	3.2	1.4
Tabasco	21.6	29.9	12.1	1.6	5.0	2.0
Tamaulipas	15.0	33.9	19.4	2.2	4.4	2.0
Tlaxcala	18.7	32.9	20.3	2.8	8.9	2.0
Veracruz	14.9	26.3	17.1	3.1	3.7	2.5
Yucatán	22.8	30.7	15.2	3.4	3.6	3.0
Zacatecas	22.3	34.0	17.1	1.6	4.9	3.0

1/ Fuente: Dirección General de información en Salud/Secretaría de Salud (cifras preliminares).

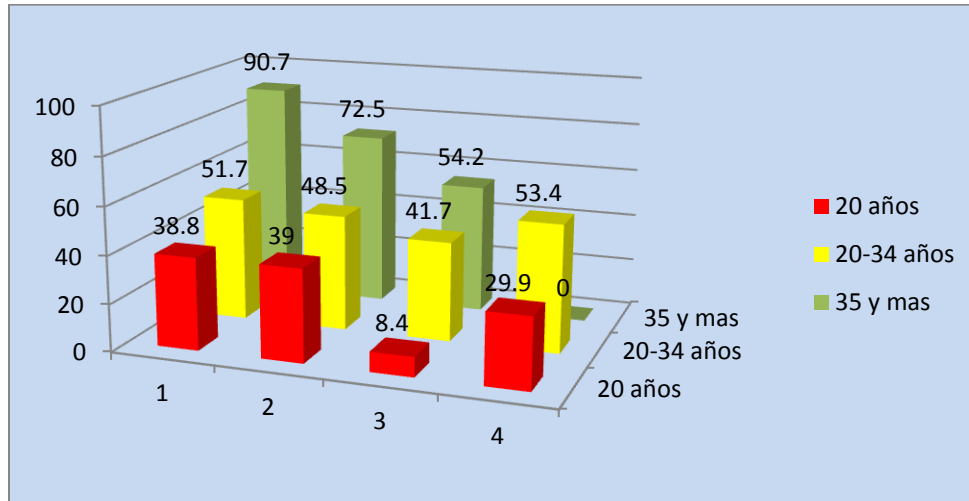
Incluye Información de Seguro Popular de Salud.

Cifras estimadas por el mismo instituto.

Incluye salas de operación tocoquirúrgicas.

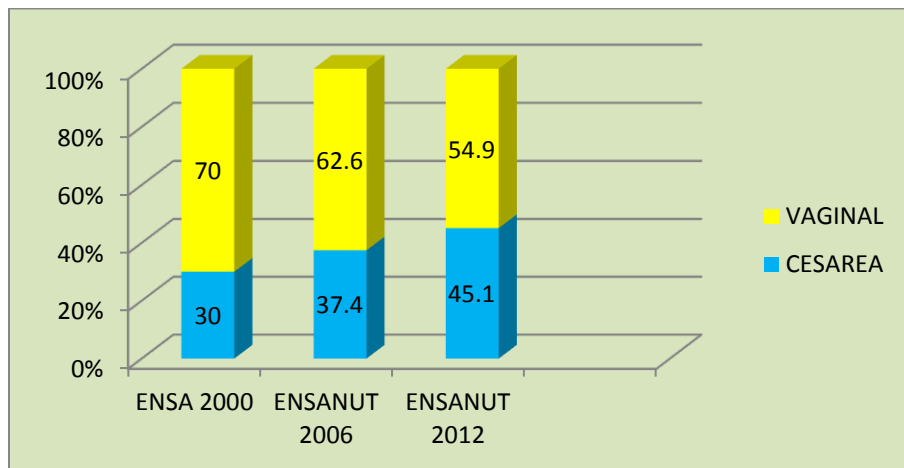
En esta segunda tabla de información, damos a conocer los estados con mayor y menor productibilidad y disponibilidad de recursos, los cuales se encuentran: SESA2/ Yucatán 22.8 y el menor de los estados es Coahuila con 11.3, IMSS Nayarit con 40.9 y el menor Baja California Sur con 22.3, ISSSTE3 Quintana Roo con 25.4 y el menor Chiapas con 11.6, SESA2 Querétaro con 4.9 y el menor Aguascalientes con 1.3, IMSS4/ Tlaxcala con 8.9 y el menor D.F con 2.9, por ultimo tenemos al ISSTE3/ Querétaro 9.7 y el menor es Colima con 1.2.

Gráfica Núm. 1. Cesárea por orden de nacimiento y grupo de edad en la Encuesta Nacional de Salud 2012.



Tomando en consideración la información de la ENSANUT 2012 sobre el orden de nacimiento de los partos ocurridos de 2007 a 2012, se observa una tendencia mayor de realización de cesárea cuando el parto es el primero o el segundo (50.5 y 51.2%, respectivamente) propensión que disminuye a partir del tercero (43.9%) al sexto y más nacimientos (22.7%) ($p < 0.001$). Este comportamiento se acentúa en las mujeres de 20 años de edad en adelante ($p < 0.001$), de modo que las de 35 o más años de edad tienen porcentajes extremadamente elevados de realización de este procedimiento quirúrgico, sobre todo cuando el orden de nacimiento es el primero o segundo (90.7 y 72.5%, respectivamente).

Grafica Núm. 2 Distribución de los partos en las encuestas de salud. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.



Al analizar y comparar la práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años, al pasar de 30.0 a 45.1%.

CONCLUSIONES

1. Mediante la elaboración de este proyecto llegamos a la conclusión de que la disminución decisiva de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de salud de México debe ser la última alternativa, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad.
2. Una estrategia importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que se utiliza para dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva urgentes en el país.
3. Sería oportuno identificar hospitales estratégicos en donde se pudieran incorporar modelos de atención alternativos (parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras).
4. También se deben dar a conocer los derechos de las mujeres para la atención al nacimiento con un enfoque humanizado incluyendo el trato con respeto y dignidad.
5. Nosotros concluimos que el recurso de la cesárea es innecesario ya que el trabajo de parto puede ser atendido de manera natural.
6. Al realizar nuestro trabajo de investigación nos percatamos que el estado de Oaxaca ocupa el primer lugar en incurrir con la práctica de cesáreas en centros hospitalarios.
7. Durante la realización de este proyecto descubrimos que la mayoría de las mujeres que son intervenidas por este medio (cesárea) no tiene conocimiento de los daños que le puede causar tanto al recién nacido como a la madre.
8. Tomando como estrategia para lograr reducir estas cifras elevadas de la incidencia del método (cesárea), decidimos hacer pláticas para así lograr difundir información preventiva y así contribuir para acabar con esta epidemia.

FUENTES BIBLIOHEMEROGRÁFICAS Y DE INTERNET

Beltran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* ,2007;21:98–113. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367(9525):1819-29.

Lancet (1985). WHO. Appropriate technology for birth.

México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; (1995) SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Geneva, Switzerland: Report No.:Background Paper 30. (2010).Gibbons L, Belizán J, Lauer JA, Beltrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage.

BMJ (2007); Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes Aea. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study.

Colomb Obstet Ginecol (2007) Ferreira-Narváez FE, Angulo-Carvallo M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido doppler en el hospital universitario de Neiva. Colombia. Estudio de Cohorte.

<http://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos-de-parto/cesarea/causas-2081>

1/ Fuente: Dirección General de Información en Salud /Secretaría de Salud

Cifras estimadas por el mismo instituto.

Incluye al Seguro Popular de Salud.

1/ Fuente: Dirección General de información en Salud/Secretaría de Salud (cifras preliminares).

Incluye Información de Seguro Popular de Salud.

Cifras estimadas por el mismo instituto.

Incluye salas de operación tocoquirúrgicas.