

Distribución territorial de las cesáreas realizadas en la Región Metropolitana, de acuerdo a los Egresos Hospitalarios del año 2015

Sebastián Ávalos P.

Vesna Muñoz R.

Francisca Salazar O.

Fernanda Valdivieso C.

Cristian Vargas P.

Tesis presentada a la Carrera de Enfermería de la Universidad del Desarrollo para optar
al título profesional de Enfermera (o).

PROFESOR GUÍA: Sr. VÍCTOR PEDRERO C.

**Diciembre, 2018
SANTIAGO**

Índice

Introducción.....	2
Antecedentes Generales.....	3 - 8
a. Tasa de Cesárea Chile y el Mundo.....	4 - 5
b. Cesárea según territorio.....	5 - 7
Problemática.....	9 -11
Propósito.....	12 -13
Planteamiento del Problema.....	14
a. Pregunta y Objetivo.....	14
Diseño y Metodología.....	15 -27
a. Tipo de estudio	15
b. Universo de Estudio.....	15
c. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	15
d. Variables.....	16 - 19
e. Técnica e instrumentos de recolección de información	20 - 21
f. Plan de análisis de datos.....	21 - 26
g. Limitaciones	27
Criterios de Ética	28 - 31
Resultados.....	32 - 71
a. Objetivo 1.....	32 - 52
b. Objetivo 2.....	52 - 57
c. Objetivo 3	58 - 71
Discusión	72- 75
Conclusión	76 - 77
Resumen.....	78- 79
Referencias.....	80 - 87
Anexos.....	88-93

Marco Teórico

Introducción

Tras analizar diferentes problemáticas que afectan al área de la Salud Perinatal, surge la inquietud sobre el aumento significativo de las cesáreas a nivel mundial, especialmente electivas, y las implicancias que éstas traen tanto para la madre como para el feto (Manrique, 2009). A nivel internacional se ha analizado esta problemática dando cuenta de que este fenómeno se acentúa en ciertos sectores de la población, y que no solo está determinado por las características propias de la madre, sino que también por el contexto socioeconómico y oferta de servicios obstétricos disponibles en su área de residencia (Melo & Mathias, 2010).

Este fenómeno no ha sido analizado en detalle a nivel país ni dentro de cada región es, por tanto, que la presente investigación tiene por objetivo describir la distribución territorial de las cesáreas realizadas en la Región Metropolitana. Esperando ser una primera aproximación a esta problemática para el país y un insumo para la aplicación de futuras intervenciones educativas en las macrozonas identificadas como de mayor riesgo para la realización de cesáreas electivas, con el propósito de contribuir a la disminución de estas a futuro (Suárez-López, Vara-Salazar, Rivera-Rivera, Hernández-Serrato, Walker & Lazcano-Ponce, 2013).

Antecedentes Generales

Parto se define como un conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal (Cuevas, 2015). El parto normal es aquel donde el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al feto (Cuevas, 2015). Es un evento fisiológico en que los factores del trabajo de parto: conducto (tejidos óseos y blancos de la pelvis materna), fuerzas (contracciones uterinas), feto y placenta interactúan en forma adecuada (fisiológica) y determinan la expulsión de los productos de la concepción por vía vaginal sin complicaciones (Menchaca, 2005).

Por su parte, la cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero (Schnapp, Sepúlveda & Robert, 2014). Las principales indicaciones para esta cirugía son: distocias del trabajo de parto, cesáreas previas, presentación podálica y sufrimiento fetal agudo (Guía Perinatal, 2015). A pesar de esto, las cesáreas también se realizan por elección de la madre, es decir, cuando ni la madre ni el niño están en riesgo (Karlström, Lindgren & Hildingsson, 2013). Incluso en esos casos, las recomendaciones sugieren que las cesáreas electivas no se deben realizar antes de la semana 39 del embarazo (Guía perinatal, 2015), para no intervenir en el proceso fisiológico de éste.

La evidencia alrededor del mundo indica que los nacidos por cesárea, tienen un mayor riesgo de mortalidad, enfermedad respiratoria, diabetes tipo I (Mylonas & Friese, 2015), APGAR menor a 7, sepsis y convulsiones (Werner, Han, Savitz, Goldshore & Lipkind, 2013), comparado con los nacidos por parto normal. Adicionalmente, las

mujeres con cesárea sin indicación médica, tienen una mayor probabilidad de infertilidad (Karlström. et al, 2013) y mayor riesgo de paro cardíaco (Litorp et al, 2014). Sumado a esto, numerosas muertes maternas se deben a complicaciones iatrogénicas propias de la cesárea (Litorp, Kidanto, Rööst, Abeid, Nyström & Essén, 2014).

A nivel mundial, según la encuesta global de salud materna y perinatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2004-2005, se observó que aquellos países que presentaron un aumento de la tasa de cesáreas también presentaron un aumento del uso de antibióticos en el puerperio, una mayor morbi-mortalidad neonatal y fetal, prematuridad y mayores ingresos a UCI neonatal y maternal (Encuesta global 2004-2005, OMS). (Ver anexo A.1).

a. Tasas de cesáreas en Chile y el mundo

La tasa bruta de cirugías por cesáreas sirve como un indicador mundial importante para medir el acceso a los servicios obstétricos y sanitarios en general (Vogel, Vindevoghel, Souza, Torloni, Zhang & Temmerman, 2015). La OMS define como aceptable una tasa de 15% de cesáreas del total de partos del país (OMS, 2015). Pese a esta recomendación, en la última década se ha producido un aumento sin precedentes de la demanda de cesáreas por solicitud materna, en ausencia de cualquier indicación médica u obstétrica (D'Souza, 2013).

Chile no se queda ajeno a este fenómeno, estas mismas cifras han ido en aumento en la última década, ubicándolo como el segundo país con más cesáreas en el mundo,

triplicando la cifra recomendada por la OMS (Ver anexo A.2), detrás de Turquía con 47,1 cesáreas por cada 100 nacimientos (Yáñez, 2017). Más aún, al analizar la situación según sistema previsional de salud, el porcentaje de cesáreas en el sistema privado alcanzó un 76%, en 2010, mientras que en el sistema público un 37% (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS] del Ministerio de Salud de Chile, 2010), mostrando una amplia brecha entre ambos, además de sobrepasar la tasa recomendada por la OMS. Es importante mencionar, que autores como Guzmán (2012), destacan al porcentaje de cesáreas como un indicador de calidad de la atención obstétrica.

Diferentes autores han estudiado el aumento de las cesáreas, encontrando que gran parte es debido al mito percibido de la seguridad de esta intervención y las cambiantes actitudes de la sociedad y la profesión médica en relación al parto (Mylonas & Friese, 2015). Es así como una cesárea electiva en ausencia de cualquier contraindicación médica u obstétrica para evitar el parto vaginal, es la razón más frecuentemente citada para la incidencia creciente de cesáreas (Mylonas & Friese, 2015).

b. Cesárea según territorio

En Brasil, Melo & Mathias (2010), exploraron diversos *outcomes* de nacimientos desde una perspectiva espacial, entre ellos el parto por cesárea. En este, encontraron que el parto por cesárea se correlacionaba con mejores condiciones socioeconómicas y que las mayores proporciones de cesáreas se concentraban en macro-regiones de mayor desarrollo socioeconómico.

Además, destacaron el hecho que los municipios con mayor proporción de mujeres que realizaban pocas consultas prenatales, fueron aquellos con mayor porcentaje de madres adolescentes, con menor grado de instrucción y con mayor número de hijos, demostrando que regiones con peores condiciones socioeconómicas, tienen dificultad a la hora de ofrecer cantidad y calidad de asistencia de salud a sus residentes. Así mismo, fue observada una concentración de más altas proporciones de indicadores de riesgo para la madre y su bebé, cuyo patrón de distribución de los porcentajes, visiblemente identificable en el espacio, establece relación con las características socioeconómicas, posibilitando la constatación de diferenciales sociales y de acceso a los servicios de salud, los cuales deben constituir el foco de intervención de políticas sociales y de salud (Melo & Mathias, 2010).

Por otra parte, se encontró una alta incidencia de partos por cesárea en poblaciones con ascendencia socioeconómica, con mayor propensión al parto normal en adolescentes, con baja escolaridad y, probablemente, menor condición de argumento con el obstetra y de pago por el parto quirúrgico (Melo & Mathias, 2010).

En México, Suárez-López, et al. (2014) evidenciaron en un estudio que, en el año 2000, los mayores porcentajes de cesáreas los tenían los estados de Nuevo León (38,7%) y Baja California (35,5%), mientras que el resto de las entidades se situaban en el rango de 20 a 35,4%. Después de doce años, suman 22 las entidades que rebasan el doble de la cantidad de cesáreas esperadas, con un rango de 40 a 57,5%, entre las que destacan Colima y el Distrito Federal.

En otro estudio, los resultados de análisis descriptivo muestran que las mujeres que acuden para la atención del parto a hospitales y clínicas privadas, tienen mayores posibilidades de ser sometidas a operación cesárea (Suárez-López et al., 2013).

En Chile, la atención profesional del parto a llegado al 99,9% y no cabe duda de que existe una cultura médica en relación al parto. Hoy en día, se tienen índices biomédicos de país desarrollado o cercano a ellos, sin embargo, el aumento de las cesáreas no ha significado una mejoría de estos parámetros.

Países latinoamericanos como Cuba y Uruguay, que tienen indicadores biomédicos similares a los de Chile, no sobrepasan el 23% de cesáreas (Guzmán, 2012). Más aún, las diferencias encontradas entre afiliadas al sistema público y privado del país, dan cuenta de una notoria brecha socioeconómica asociada a la realización de cesáreas.

c. Chile, distribución territorial, servicios de salud y sistema previsional de salud

Chile es un país de Sudamérica, con una población estimada de 17.094.275 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2010). Como país cuenta con 15 regiones, dentro de las cuales se encuentra la Región Metropolitana (RM), la cual consta de 6 provincias, las cuales a su vez se componen de 52 comunas, todas con una amplia diversidad socioeconómica y demográfica.

La RM es la capital política y administrativa del país, y el principal centro económico y funcional de Chile. Para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud de las personas, la Región cuenta con

seis Servicios de Referencia de Salud (Norte, Central, Occidente, Oriente, Sur y Sur-Oriente), los que fueron creados para que, en forma coordinada, tengan a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente.

Cada Servicio de Salud está constituido por establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo (SEREMI de la salud, 2014).

En cuanto a servicios de salud, el acceso a ellos está directamente relacionado con el tipo de afiliación, el cual consta de dos sectores, público y privado. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo público, el cual alcanzó en 2011 aproximadamente el 81% de la población del país. El sistema privado está en manos de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), cuya población beneficiaria alcanzó el 17% de la población (Benavides, Castro & Jones, 2013).

Problemática

Chile es un país muy disgregado poblacionalmente en sus niveles de división, más aún, a lo largo de todo el país es posible encontrar áreas geográficas que se encuentran delimitadas principalmente por niveles socioeconómicos. Del mismo modo, los servicios de salud maternos y perinatales ofrecidos por cada sector, así como niveles de educación de la población y otros factores que se han indicado como relacionados con la realización de cesáreas, son dispares a través de las diferentes zonas del país. Por su parte, las tasas de cesáreas reportadas en el sistema público y privado muestran una gran brecha entre ambos.

Pese a esto, en Chile aún no se ha realizado ningún estudio que analice el fenómeno del aumento de cesáreas desde una perspectiva territorial, homologando toda la evidencia que se presenta a nivel regional, provincial y comunal.

Los estudios descriptivos de corte transversal también son conocidos como encuesta de frecuencia o estudio de prevalencia, tal como destacan Álvarez & Delgado (2015), en general, se realizan para examinar la presencia o ausencia de una enfermedad u otro resultado de interés, en relación con la presencia o ausencia de una exposición, ambos hechos ocurriendo en un tiempo determinado y en una población específica. Dado que la exposición y el resultado son examinados al mismo tiempo, existe una ambigüedad temporal en su relación, lo que impide establecer inferencias causa-efecto (Álvarez & Delgado, 2015).

Estos estudios se llevan a cabo usualmente para estimar la prevalencia de una enfermedad o suceso dentro de una población específica, en este caso, la prevalencia de las cesáreas en la Región Metropolitana de Chile en el año 2015. La prevalencia es una medida de frecuencia especialmente importante para el médico clínico debido a la influencia que ejerce en la sospecha de un diagnóstico determinado o para futuras investigaciones; esto es, tener el conocimiento dentro de una región en particular y tener información para efectuar intervenciones de salud pública (Álvarez & Delgado, 2015).

En resumen, el objetivo central de un estudio transversal es examinar los estados de salud y enfermedad en una población, o poblaciones, en un tiempo y lugar definidos (Álvarez & Delgado, 2015). En este sentido, los estudios transversales son muy útiles en la planeación de servicios de salud, pues miden la carga de un tema de interés en subgrupos y pueden identificar aquellos con mayor necesidad de servicios de salud (Álvarez & Delgado, 2015).

Esta investigación está enfocada desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), el cual considera las condiciones sociales en que viven y trabajan las personas y que afectan a su salud (Cabieses, Ztiko, Pinedo & Espinoza, 2011). Así mismo, las características socioeconómicas de la madre, las características clínicas y la preferencia de los proveedores de salud, contribuyen conjuntamente a las altas tasas de cesáreas (Huang, Tao, Faragher, Raven Tolhurst, Tang & Broek, 2013).

Otro punto a considerar dentro de los DSS en Chile es el tipo de afiliación, el cual impacta en la población de tal manera que la disgrega y condiciona en el momento de acceder a las prestaciones sanitarias. El acceso al sistema de salud es un importante

DSS incluido en el marco conceptual propuesto por la Comisión de DSS de la OMS (Estrategia Nacional de Salud, 2011).

Es así, como esta investigación permitirá obtener información acerca del comportamiento y distribución de las cesáreas y partos normales en la Región Metropolitana, basándose en los determinantes sociales de la salud, específicamente en la previsión de salud, edad y territorio, lo cual permitirá conocer patrones de comportamiento y establecer relaciones entre estas variables y el tipo de parto.

Propósito

El propósito de este estudio, es enfocar la educación perinatal informando sobre los riesgos y beneficios a corto y largo plazo de la cirugía, tanto para la madre como para su progeñe (Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer & Saade, 2012), y sobre la importancia de preferir el parto normal por sobre la cesárea innecesaria, de acuerdo a las características predominantes de cada una de las comunas dentro de la Región Metropolitana, para que de esta forma sea más efectiva según los patrones que muestre como resultado la investigación, ya que las razones para solicitar una cesárea sin una indicación médica a menudo están relacionadas con la desinformación y preocupación de la madre por su integridad y la de su futuro hijo.

Junto con lo anterior, este trabajo busca ser un complemento de la “Norma para el monitoreo y vigilancia de la indicación de Cesárea”, la cual fue elaborada por el Ministerio de Salud (MINSAL). Esta norma se basa en la *Guía Perinatal 2015*, en la que se especifican indicaciones e indicadores para realizar una cesárea tanto en establecimientos públicos como privados.

Por otra parte, caracterizar la población de la RM según características sociodemográficas, permitirá enfocar de mejor manera un futuro plan educativo y generar un impacto significativo en la tendencia al aumento de las cesáreas.

En resumen, las cesáreas han ido en aumento, existiendo la posibilidad que se transforme en un problema de salud mayor, ya que trae complicaciones tanto para la madre como para su progeñe. Para ello, la construcción de diagnósticos regionales es fundamental para la priorización y toma de decisiones a nivel local. Así mismo, la OMS

sugiere adecuar las intervenciones de acuerdo al perfil epidemiológico de la población (OMS, 2010), permitiendo una intervención educativa más efectiva en esta temática.

Planteamiento

a. Pregunta de investigación

¿Cómo es la distribución territorial de las cesáreas realizadas en la Región Metropolitana, de acuerdo a los Egresos Hospitalarios del año 2015?

b. Objetivos

Objetivo General:

Describir la distribución territorial de las cesáreas realizadas en la región Metropolitana, de acuerdo a los egresos hospitalarios del año 2015.

Objetivos Específicos:

- I. Describir los egresos hospitalarios según parto normal o cesárea, tipo de establecimiento (público o privado), edad, previsión de salud, comuna, días de estadía y Servicio de Salud de Referencia en la Región Metropolitana en el año 2015.
- II. Identificar la proporción de partos normales y de cesáreas, para cada uno de los Servicios de Salud de Referencia de la Región Metropolitana según edad, previsión de salud, días de estadía y establecimiento de salud (público o privado), de acuerdo a los egresos hospitalarios del año 2015.
- III. Identificar la proporción de partos normales y de cesáreas, para cada comuna de la Región Metropolitana según edad, previsión de salud, días de estadía y establecimiento de salud (público o privado), de acuerdo a los egresos hospitalarios del año 2015.

Diseño y metodología

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, basado en datos agregados a nivel de comunas y servicios de salud, obtenidos a partir de la base de egresos hospitalarios del año 2015.

El tipo de estudio escogido es cuantitativo descriptivo de corte transversal, ya que se utilizará la medición numérica y análisis estadísticos de datos secundarios para la posterior descripción. Está diseñado para medir la prevalencia de una exposición en una población definida y en un punto específico de tiempo. En este caso, la población a estudiar corresponde a mujeres que han tenido cesárea o parto normal y estén ingresadas en la base de datos de egresos hospitalarios del año 2015.

b. Universo y muestra del estudio

El universo y la muestra corresponden a los egresos hospitalarios del año 2015. La unidad de análisis es el acto administrativo del egreso hospitalario.

c. Criterios de inclusión y exclusión

No aplica.

d. Variables

A nivel de comunas se considerarán las siguientes variables:

Variable	Descripción variable	Instrumento de medición (Base de Datos Secundaria)	Tipo de Variable	Indicador de medición	Tipo de análisis
Tipo de Parto	De acuerdo a la base de datos de egresos hospitalarios del año 2015, se diferencian dos tipos de partos: Cesárea y Parto Normal.	Reporte de Egresos Hospitalarios 2015	Primaria, nominal y cuantitativa	O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice O80.9 Parto único espontáneo, sin otra especificación O82.0 Parto por cesárea	Frecuencia absoluta y relativa

	Para esta variable se considerarán los siguientes códigos del CIE-10: O800, O809.			electiva O82.1 Parto por cesárea de emergencia O82.8 Otros partos únicos por cesáreas O82.9 Parto por cesáreas, sin otra especificación	
Servicio de Salud	Servicio de Salud de Referencia	Reporte de Egresos Hospitalarios del año 2015	Secundaria, nominal y cuantitativa	Código de Servicio de Salud.	Frecuencia absoluta y relativa
Establecimientos de Salud	Establecimiento de salud en el que se	Reporte de Egresos Hospitalarios del	Secundaria, nominal y	1= Público 2= Privado	Frecuencia absoluta y

	realiza el parto.	año 2015	cuantitativa		relativa
Comuna	La comuna donde ocurrió el parto, obtenido a partir de la división geopolítica de la RM en el año 2015	Reporte de Egresos Hospitalarios del año 2015	Secundaria, nominal y cuantitativa	Código de Comuna	Frecuencia absoluta y relativa
Edad	Edad en años cumplidos al momento del parto de la RM en el año	Reporte de Egresos Hospitalarios del año 2015	Secundaria, ordinal y cuantitativa	Edad en cantidad, expresada en años	Medidas de tendencia central

	2015.				
Días de estadía	Duración de la estadía hospitalaria total	Reporte de Egresos Hospitalarios del año 2015	Secundaria, ordinal y cuantitativa	Número de días	Medidas de tendencia central
Previsión de Salud	Cantidad de mujeres, de acuerdo al registro de egresos hospitalarios por tipo parto, pertenecientes al sistema de salud FONASA o ISAPRE en el año 2015.	Reporte de Egresos Hospitalarios del año 2015	Secundaria, nominal y cuantitativa	1=FONASA 2=ISAPRE 3=Sin previsión 4=Fuerzas Armadas	Frecuencia absoluta y relativa

e. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Análisis basado en datos secundarios, *Base de datos Egresos Hospitalarios 2015*.

e.1. Fuentes de información.

La información referente a tipos de partos y otros egresos hospitalarios, se obtendrán a partir de la base de datos de Egresos hospitalarios, de libre disposición en la web del Departamento de Estadísticas e Información en salud (DEIS), para el año 2015.

El Sistema de Estadísticas Hospitalarias, es el repositorio donde se almacenan los datos del Informe Estadístico de Egresos Hospitalarios (IEEH) y del consolidado del censo diario de camas y pacientes (REM 20). El IEEH es un instrumento estadístico y administrativo estandarizado, que recopila la información del paciente mientras éste se encuentre ocupando una cama de la dotación de un establecimiento autorizado para tal fin, tanto de establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional del Servicio de Salud (SNSS) o no integrante del mismo, éstos son, Establecimientos Privados, Mutuales, Fuerzas Armadas, Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile.

Estos datos están basados en el Decreto N° 1.671 del 2010 del Ministerio de Salud, el cual estableció en forma obligatoria el uso del formulario "Informe Estadístico de Egreso Hospitalario", el que posteriormente se ha digitalizado por medio del Sistema de Egresos Hospitalarios, que contiene un formulario en el que se registra la información de los egresos que se producen dentro de un establecimiento. Además, la información allí consignada es fundamental para realizar la Cartera de Estado en su rol de proponer políticas y formular planes y programas de salud. Labor en la cual es necesario conocer el perfil y la tendencia de morbilidad de las personas que se hospitalizan.

La información aportada por esta base de datos está revisada en su totalidad por la Jefatura de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública y faculta al Ministerio de Salud a recopilar, almacenar, mantener y procesar estos datos personales y sensibles como los referidos al IEEH. Cabe señalar, que se toman las medidas de seguridad y confidencialidad del marco legal vigente de protección de la vida privada.

Los datos aportados son: Número de egreso, código de establecimiento, código de Servicio de Salud, número de historia clínica, datos del paciente como nombre completo, Rol Único Nacional (RUN), fecha de nacimiento, sexo, número de teléfono, pueblo originario, domicilio, código de país y comuna, diagnóstico de egreso según manual CIE-10, previsión de salud, procedencia del paciente, hora y fecha del ingreso y egreso hospitalario, condición de egreso (vivo o fallecido), intervención quirúrgica y datos personales del profesional a cargo. En caso de pacientes embarazadas: Condición al nacer al nacimiento (vivo o fallecido), sexo y peso del bebe, *APGAR* y anomalías congénitas.

f. Plan de análisis descriptivos de los datos

f.1 Preparación de los datos

Se obtuvo la base de datos de Egresos Hospitalarios del año 2015 a través de la descarga directa la página web del Departamento de Estadística e Información de Salud, sección por tema: Egresos Hospitalarios en formato Excel. Respecto al libro de códigos

de la base de datos, éste fue facilitado por la Profesora de la escuela de Enfermería, Marcela Oyarte Galvez, quien trabaja en el mismo departamento de estadísticas.

Con la base de datos ya disponible, y en base a las herramientas de análisis de datos del software *SPSS*, se procederá a filtrar los egresos hospitalarios por diagnóstico principal, sean estos clasificados por Parto Normal y Cesárea. Una vez reducida la base a los datos de aquellos egresos que son útiles para este estudio, se ejecutará un análisis para obtener la cantidad de partos normales y cesáreas realizadas en el año 2015 en la Región Metropolitana.

Se buscará determinar el promedio de las edades, en intervalos, de las mujeres en los egresos hospitalarios seleccionados para lograr en primera instancia determinar la moda en base a estos intervalos, y así, enfocar las educaciones a los grupos etarios en mayor riesgo, junto con determinar la media y la desviación estándar para encontrar la tendencia etaria de las mujeres para cada uno de los procedimientos señalados (parto normal y cesárea).

Posteriormente, se buscará precisar cuántos de los egresos hospitalarios, separados por diagnóstico de egreso (parto normal o cesárea), pertenecen al sistema de ISAPREs y cuántos a FONASA, para facilitar la delimitación de la población según factores sociodemográficos. En esta misma línea, se determinará la cantidad de partos y cesáreas por comuna y por Servicio de Salud de Referencia, para lograr profundizar las delimitaciones sociodemográficas de la población de la Región Metropolitana. Para efectos de esta investigación, los Servicios de Salud de Referencia en la Región

Metropolitana, corresponden a la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, los cuales comprenden establecimientos públicos y privados.

A continuación, se detallarán las comunas pertenecientes a cada Servicio de Salud Metropolitano:

- **Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN):** Til-Til, Colina, Lampa, Quilicura, Conchalí, Independencia, Huechuraba y Recoleta.

- **Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc):** Cerro Navia, Pudahuel, Quinta Normal, Renca, Melipilla, Curacaví, Peñaflor, Lo Prado, Talagante, El Monte, Isla de Maipo, María Pinto, Padre Hurtado, Alhué.

- **Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC):** Cerro Navia, Pudahuel, Quinta Normal, Renca, Melipilla, Curacaví, Peñaflor, Lo Prado, Talagante, El Monte, Isla de Maipo, María Pinto, Padre Hurtado, Alhué.

- **Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO):** Peñalolén, Macul, Ñuñoa, La Reina, Providencia, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea.

- **Servicio de Salud Metropolitano Sur: (SSMS):** San Miguel, Lo espejo, El Bosque, La Granja, La Cisterna, San Bernardo, San Joaquín, Calera de Tango, Paine y Buin.

- **Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente (SSMSO):** Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Pintana, San José de Maipo y Pirque

A su vez, surge la necesidad de establecer los intervalos prioritarios de los días de estadía en cada uno de los procedimientos, para establecer qué tipo de egreso hospitalario presenta un tiempo de estadía más prolongado en un servicio.

Por último, se propone realizar una tabla de contingencia donde se crucen las variables que caracterizan a la población en base a factores sociodemográficos con el diagnóstico principal de egreso hospitalario. Generando entonces, una tabla que permita analizar en profundidad el alcance de la relación entre la distribución territorial de los partos y cesáreas, y las variables de edad, previsión de salud, comuna y Servicio de Salud de Referencia.

Sumado a lo anterior, se realizará una tabla para identificar la tasa de cesáreas por cada mil (1,000) partos en la Región Metropolitana, para los Servicios de Salud de Referencia y para cada comuna de la RM. La fórmula corresponde a una adaptación de una utilizada en un estudio similar realizado en Costa Rica, por Melvin Morera (2013). La ecuación corresponde a un cociente entre Partos por Cesárea y Partos Totales amplificado por mil.

$$\frac{\text{Número de Cesárea para cada SSM}}{\text{Total de partos en RM (Cesárea + P. Normal)}} \times 1000$$

$$\frac{\text{Número de Cesáreas para cada Comuna de la RM}}{\text{Total de partos en RM (Cesárea + P. Normal)}} \times 1000$$

Los datos rescatados de la base de egresos hospitalarios 2015 según motivos de egreso, se agruparán de la siguiente manera para responder de mejor manera a la pregunta de investigación: Se recodificará la base de datos con el programa *SPSS* de IBM, para así agrupar los dos códigos de parto normal en una variable y los cuatro códigos de Parto por cesárea en otra variable.

Parto Normal (4416)	Parto por cesárea (4419)
O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	O82.0 Parto por cesárea electiva
O80.9 Parto único espontáneo, sin otra especificación	O82.1 Parto por cesárea de emergencia
	O82.8 Otros partos únicos por cesáreas
	O82.9 Parto por cesáreas, sin otra especificación

f.2 Plan de análisis por objetivos

Objetivo general: Para la obtención del porcentaje de mujeres que han tenido una cesárea, se realizó una tabla de frecuencia, rescatando los datos mencionados para determinar el porcentaje total de cesáreas realizadas en el año 2015 en las comunas de la RM.

Objetivo específico 1: En este objetivo se analizaron variables de tipo cuantitativa, continuas y discretas, y variables nominales como ordinales. Para este grupo de variables (tipo de parto, establecimiento, edad, previsión en salud, comuna,

días de estadía y Servicio de Salud de Referencia) se realizó un análisis estadístico para formular tablas de frecuencia para cada una de ellas. Posteriormente, fueron descritas de acuerdo a la información obtenida de los egresos hospitalarios del año 2015 en la RM, resumida en las tablas de frecuencia, posibilitando así un mejor análisis de cada una de ellas.

Objetivo específico 2: Para identificar las proporciones de partos normales y de cesáreas en cada Servicio de Salud en la RM, se realizó una tabla compleja de correlación por Servicio de Salud de Referencia, tomando en cuenta las variables de previsión y tipo de establecimiento para cada tipo de parto. Lo anterior permitió obtener tablas individuales de cada servicio de salud de la RM, con información específica respecto a cada tipo de parto según ambas variables señaladas. A su vez, se integraron tres variables a la tabla (edad, días de estadía y ocurrencia), permitiendo así caracterizar de mejor manera las cesáreas en la RM.

Objetivo específico 3: En el tercer objetivo, se busca identificar la proporción de partos normales y de cesáreas, como se propuso en el objetivo 2, pero con respecto a cada una de las comunas de la RM. Por lo anterior, se generó una tabla de correlación compleja por cada comuna, describiendo el tipo de previsión y el tipo de establecimiento. Se logra analizar de manera más profunda las características de las cesáreas en la RM del año 2015, al integrar tres variables cuantitativas (ocurrencia, edad y días de estadía), esta vez identificando sus especificaciones comunales.

g. Limitaciones

La limitación de este estudio corresponde a que la base de egresos hospitalarios no es completamente fidedigna, debido a que muchos de los pacientes egresan de un servicio hospitalario no correspondiente al lugar de su residencia, por lo tanto, se ingresaría a la base de datos según la comuna de egreso, omitiendo así la comuna de residencia. A su vez, no se puede determinar si la cesárea fue electiva o por requerimiento médico. Sumado a esto, en esta investigación se trabaja con el acto administrativo del egreso hospitalario y no con personas, lo que podría generar sesgo de información al momento de ingresar los datos a la base de egresos hospitalarios.

Criterios de Ética

Esta investigación se basó en los siete principios básicos de Ezekiel Emmanuel (1999), los cuales corresponden a los siguientes términos:

1. Validez científica: Se utilizarán bases de datos ya establecidas y validadas, que ya han sido encriptados para resguardar la identidad de los participantes. En este caso se utilizarán los Egresos Hospitalarios, lo que corresponde a una recolección de datos secundarias.

2. Valor científico: El estudio es importante, ya que nos permite conocer la distribución territorial de las cesáreas a nivel comunal y a su vez, observar si existe un patrón de comportamiento que posteriormente sirva para relacionar el aumento significativo de esta intervención quirúrgica con las variables medidas, para luego establecer una educación dirigida a la población específica, poder intervenir en ella y causar un beneficio a la salud según los estándares internacionales dictados por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015).

3. Consentimiento informado: La investigación se realizará en base a datos secundarios, por lo tanto, no se requiere consentimiento informado, ya que esto fue realizado anteriormente al momento de la recolección de datos primaria. Además, este principio no aplica en esta investigación, ya que en la fuente de estadísticas utilizada no se puede distinguir a los sujetos individualmente. Es por esto, que se solicitará al comité de ética de la Universidad del Desarrollo una dispensa de consentimiento informado.

4. Evaluación independiente: Este estudio ha sido constantemente evaluado por tutores y fue revisado por el comité de ética de la Universidad del Desarrollo. Los autores declaran no tener conflicto de interés. La presente investigación no recibe ningún tipo de financiamiento.

5. Respeto por los sujetos inscritos: En esta investigación no aplica, ya que es una recolección de datos secundaria, y es por esto, que el respeto por los sujetos inscritos debería ser parte del proceso anterior. Se respetará el anonimato.

6. Selección equitativa de los sujetos: De las bases de datos utilizadas se rescatarán los datos que sean concordantes con nuestra pregunta de investigación. La unidad de análisis es el acto administrativo del egreso hospitalario, el cual serán descritos en base a su ubicación geográfica (Región Metropolitana).

7. Proporción favorable, riesgo/beneficio: Los resultados pueden ocasionar un impacto favorable en la población de estudio, ya que es un tema en el cual no se han realizado investigaciones a nivel comunal. A partir de esta investigación, se podría obtener información útil para poder intervenir en una población específica según los patrones observados. Por otra parte, como la unidad de análisis es el acto administrativo del egreso hospitalario, no existe un riesgo eventual para las personas al momento de realizar el estudio.

El desarrollo de este estudio es respaldado por profesores de la Universidad del Desarrollo expertos en la realización de estudios de investigación, los cuales fueron evaluando paso a paso el protocolo de investigación. En cuanto a los aspectos éticos del

estudio, serán revisados por el comité ético de la Universidad del Desarrollo, sede Santiago.

Así mismo, toda investigación en que participen seres humanos debe realizarse de acuerdo a los cuatro principios éticos básicos, a saber, *la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia*. Se da por entendido que habitualmente estos principios guían la preparación concienzuda de propuestas para los estudios científicos. (Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile, s/f.).

1. **Beneficencia:** Este estudio trae beneficios para la población objetivo, ya que al informar a las personas acerca de las cesáreas, éstas se hacen más conscientes sobre la elección del tipo de parto, por lo que tendría un impacto significativo si se logra reducir este procedimiento en caso que fuese innecesario, debido a las complicaciones y desventajas que trae tanto para la madre como para su progenie.
2. **No maleficencia:** No afecta negativamente a ninguna persona incluida en este estudio, ya que no las expone a eventos perjudiciales o nocivos para su integridad tanto física como mental.
3. **Autonomía:** En este estudio no se necesita realizar un consentimiento informado ya que, al ser una recolección de datos secundaria, este documento ya debería haber sido utilizado para comenzar a recolectar la información. A pesar de esto, se mantendrá el anonimato de las personas incluidas en el estudio protegiendo su dignidad y libertad.

4. **Justicia:** El principio de justicia prohíbe exponer a riesgos a un grupo para beneficiar a otro, por lo que hay que distribuir de forma equitativa riesgos y beneficios que pudiesen existir. En este caso no existen riesgos para la población estudiada y los beneficios se entregarán a la población correspondiente, según resultados del estudio.

Presentación y análisis de resultados

En relación a la distribución de los tipos de partos en Chile, según los egresos hospitalarios del año 2015, de un total de 1.671.054 (100%) egresos hospitalarios, 83.304 (5,0%) fueron cesáreas y 97.218 (5,8%) partos normales, (Tabla 1).

Tabla 1: Egresos Hospitalarios en Chile, año 2015

Egreso Hospitalario	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Cesárea	83.304	5,0
Parto Normal	97.218	5,8
Otros diagnósticos	1.490.532	89,2
Total	1.671.054	100

Del total de partos realizados en Chile (180.522 partos), el 46,1% fueron partos normales y un 53,9% cesáreas. A su vez, del total de partos realizados dentro de la Región Metropolitana (76.340 partos), que equivale al 42,2% del total de partos realizados en Chile, el 58,9% fueron partos normales y el 41,1% cesáreas, (Tabla 2).

Tabla 2: Partos Normales y Cesáreas en Chile y RM, año 2015

	Chile		RM	
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
	Absoluta	Relativa (%)	Absoluta	Relativa (%)
Cesárea	83.304	53,9	31.379	41,1
Parto Normal	97.218	46,1	44.961	58,9
Total	180.522	100	76.340	100

Luego de identificar la frecuencia de los partos dentro de Chile y en la Región Metropolitana, se procederá a describir la distribución de los partos según Servicio de Salud de Referencia en relación al total de partos dentro de la RM, los cuales corresponden a 76.340 (100%) partos, (Tabla 3).

Tabla 3: Partos normales y cesáreas según Servicio de Salud de Referencia, Año 2015.

	SSM Norte		SSM Occidente		SSM Central	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Cesárea	3994	35,5	6673	49,1	6096	45,6
Parto Normal	7244	64,5	6916	50,9	7279	54,4
Total	11238	100,0	13589	100	13375	100

	SSM Oriente		SSM Sur		SSM Sur-Oriente	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Cesárea	3822	34,0	5182	40,7	5612	39,7
Parto Normal	7428	66,0	7556	59,3	8538	60,3
Total	11250	100	12738	100	14150	100

Luego de revisar esta distribución, se aprecia que, dentro de los Servicios de Salud de Referencia, el SSMOc y SSMC, están dentro de los dos primeros con mayor porcentaje de cesáreas realizadas con un 49,1% y un 45,6%, respectivamente, en relación al total de partos de cada servicio. Además, se puede observar que el SSMSO es en donde ocurre la mayor cantidad de partos normales.

En la siguiente tabla, se muestra la distribución de los partos normales y cesáreas en las comunas de la RM, (Tabla 4):

Tabla 4: Distribución de Partos Normales y Cesáreas dentro de las comunas de la Región Metropolitana, año 2015.

	Santiago		Cerrillos		Cerro Navia	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	2705	1992	510	420	926	709
Frecuencia Relativa (%)	57,6	42,4	54,8	45,2	56,6	43,4

	Conchalí		El Bosque		Estación Central	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	970	579	1214	900	821	745
Frecuencia Relativa (%)	62,6	37,4	57,4	42,6	52,1	47,9

	Huechuraba		Independencia		La Cisterna	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	729	349	716	467	426	376
Frecuencia Relativa (%)	67,6	32,4	60,5	39,5	53,1	46,9

	La Florida		La Granja		La Pintana	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	2067	1571	859	540	1633	864
Frecuencia Relativa (%)	56,8	43,2	61,4	38,6	65,4	34,6

	La Reina		Las Condes		Lo Barnechea	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	345	228	1470	537	604	236
Frecuencia Relativa (%)	60,2	39,8	73,2	26,8	71,9	28,1

	Lo Espejo		Lo Prado		Macul	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	700	454	518	332	682	528
Frecuencia Relativa (%)	60,7	39,3	60,9	39,1	56,4	43,6

	Maipú		Ñuñoa		P. Aguirre Cerda	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	2642	2462	1044	632	601	468
Frecuencia Relativa (%)	51,8	48,2	62,3	37,7	56,2	43,8

	Peñalolén		Providencia		Pudahuel	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	2069	1274	736	305	1249	913
Frecuencia Relativa (%)	61,9	38,1	70,7	29,3	57,8	42,2

	Quilicura		Quinta Normal		Recoleta	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	1515	912	631	543	1371	697
Frecuencia Relativa (%)	62,4	37,6	53,7	46,3	66,3	33,7

	Renca		San Joaquín		San Miguel	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	1133	823	505	402	480	437
Frecuencia Relativa (%)	57,9	42,1	55,7	44,3	52,3	47,7

	San Ramón		Vitacura		Puente Alto	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	689	388	478	82	3928	2654
Frecuencia Relativa (%)	64	36	85,4	14,6	59,7	40,3

	Pirque		San José de Maipo		Colina	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	130	79	91	56	1065	523
Frecuencia Relativa (%)	62,2	37,8	61,9	38,1	67,1	32,9

	Lampa		Til-Til		San Bernardo	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	767	391	111	76	2268	1437
Frecuencia Relativa (%)	66,2	33,8	59,4	40,6	61,2	38,8

	Buin		Calera de Tango		Paine	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	598	332	122	69	384	235
Frecuencia Relativa (%)	64,3	35,7	63,9	36,1	62	38

	Melipilla		Alhué		Curacaví	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	540	921	25	35	150	92
Frecuencia Relativa (%)	37	63	41,7	58,3	62	38

	María Pinto		San Pedro		Talagante	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	31	64	32	50	409	580
Frecuencia Relativa (%)	32,6	67,4	39	61	41,4	58,6

	El Monte		Isla de Maipo		Padre Hurtado	
	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	218	263	208	248	366	418
Frecuencia Relativa (%)	45,3	54,7	45,6	54,4	46,7	53,3

	Peñaflor	
	Parto Normal	Cesárea
Frecuencia Absoluta	480	682
Frecuencia Relativa (%)	41,3	58,7

A continuación, se analizará la tasa de cesáreas por cada 1000 partos ocurridos en 10 comunas de la RM, las cuales presentan el mayor y menor número de cesáreas, (Tabla 5).

Es importante destacar, que la tasa de cesáreas se ve afectada por el número de habitantes que registra cada comuna.

Conforme a la tabla, las 5 comunas con mayor número de cesáreas respecto a la RM son:

1. Puente Alto: Por cada 1000 partos en la RM, hay 35 cesáreas.
2. Maipú: Por cada 1000 partos en la RM, hay 32 cesáreas.
3. Santiago: Por cada 1000 partos en la RM, hay 26 cesáreas.
4. La Florida: Por cada 1000 partos en la RM, hay 21 cesáreas.
5. San Bernardo: Por cada 1000 partos en la RM, hay 19 cesáreas.

Las 5 comunas con menor número de cesáreas respecto a la RM:

1. Alhué: Por cada 1000 partos en la RM, hay 0 cesárea.
1. Curacaví: Por cada 1000 partos en la RM, hay 1 cesárea.
2. María Pinto: Por cada 1000 partos en la RM, hay 1 cesárea.
3. Til-Til: Por cada 1000 partos en la RM, hay 1 cesárea.
4. San Pedro: Por cada 1000 partos en la RM, hay 1 cesárea.

Tabla 5: Tasa de cesáreas por comuna según total de partos en la Región Metropolitana.

Comuna	Número de Cesáreas	Tasa p/1000	Comuna	Número de Cesáreas	Tasa p/1000
Til-til	76	1	Estación Central	754	10
Colina	523	7	Cerrillos	420	6
Lampa	391	5	Maipú	2462	32
Quilicura	912	12	Peñalolén	1274	17
Conchalí	579	8	Macul	528	7
Independencia	467	6	Ñuñoa	632	8
Recoleta	697	9	La Reina	228	3
Huechuraba	349	5	Providencia	305	4
Cerro Navia	709	9	Las Condes	537	7
Pudahuel	913	12	Vitacura	82	1
Quinta Normal	543	7	Lo Barnechea	236	3
Renca	823	11	San Miguel	437	6

Melipilla	921	12	Lo Espejo	454	6
Curacaví	92	1	El Bosque	900	12
Peñaflor	682	9	La Granja	540	7
Lo Prado	332	4	La Cisterna	376	5
Talagante	580	8	San Bernardo	1437	19
El Monte	263	3	San Joaquín	402	5
Isla Maipo	248	3	Calera de Tango	69	1
María Pinto	64	1	Paine	235	3
Padre Hurtado	418	5	Buin	332	4
Alhué	35	0	Puente Alto	2654	35
San Pedro	50	1	La Florida	1571	21
P. Aguirre Cerde	468	6	San Ramón	388	5
Santiago	1992	26	La Pintana	864	11
San José de Maipo	56	1	Pirque	79	1

En la siguiente tabla, se observan los tipos de partos según establecimiento de salud (sector público y privado) en Chile y en la RM. Se puede distinguir que tanto en la RM como a nivel país, en el sector privado hay un predominio de cesáreas y en el sector público de partos normales, (Tabla 6).

Tabla 6: Distribución del tipo de parto según establecimiento, año 2015 en Chile y RM

	Chile				RM			
	Establecimiento Público		Establecimiento Privado		Establecimiento Público		Establecimiento Privado	
	Parto Normal	Cesárea						
Frecuencia Absoluta	86724	69103	10494	14201	34750	17513	10211	13866
Frecuencia Relativa (%)	55,7	44,3	42,5	57,5	66,5	33,5	42,4	57,6

En la siguiente tabla, se muestra la distribución etaria de las mujeres según parto normal y cesárea, tanto a nivel país como en la RM, usando los estadísticos media, mínima y máxima.

La tabla muestra para partos normales, que la edad media es de 27 años, la edad mínima de 12 años y la edad máxima de 56 años, tanto a nivel país como en la RM.

En lo que respecta a las cesáreas en Chile, la edad media es de 28 años, siendo menor que en la RM, que corresponde a 29 años. La edad mínima es de 11 años y la edad máxima es de 59 años, siendo igual tanto a nivel país como en la RM.

La desviación estándar, muestra que el grado de dispersión respecto de la media del universo muestral por edad de las mujeres que se realizan cesáreas, es mayor en Chile que en la RM, mientras que, en los partos normales, se muestra el mismo indicador estadístico tanto para Chile como en la RM, (Tabla 7).

Tabla 7: Edad según tipo de parto en Chile y RM, año 2015

Estadístico	Chile	RM	Chile	RM
	Edad según Parto Normal	Edad según Parto Normal	Edad según Cesárea	Edad según Cesárea
Media	27,2	27,0	28,0	29,2
Mínimo	12,0	12,0	11,0	11,0
Máximo	56,0	56,0	59,0	59,0
Desviación Estándar	6,5	6,5	6,6	6,3

Para continuar, se describirán los días de estadía hospitalaria en mujeres con parto normal y cesárea, tanto a nivel país como dentro de la RM, usando los estadísticos media, mínima y máxima.

Se aprecia que la duración media de estadía en mujeres con parto normal es de 3 días y la duración mínima de 1 día, tanto a nivel país como en la RM. En cuanto a la duración máxima de estadía en partos normales, a nivel país es de 56 días, siendo mayor que en la RM, que corresponde a 36 días. Por otra parte, la duración media de estadía en mujeres con cesáreas es de 3 días y la duración mínima es de 1 día, tanto en la RM como a nivel país. Por último, la duración de estadía máxima a nivel país es de 127 días, siendo mayor en comparación a la RM que es de 86 días.

La desviación estándar, muestra que el grado de dispersión respecto de la media del universo muestral de los Días de Estadía de los Partos Normales en Chile es mayor

que en la RM. En cambio, para el caso de los Días de Estadía por Cesáreas, se observa una situación inversa, por cuanto la desviación estándar es mayor en la RM, (Tabla 8).

Tabla 8: Días de Estadía según tipo de parto en Chile y RM, año 2015.

Estadístico	Chile	RM	Chile	RM
	Días de Estadía según Partos Normales	Días de Estadía según Partos Normales	Días de Estadía según Cesáreas	Días de Estadía según Cesáreas
Media	2,7	2,7	2,8	3,0
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	56,0	36,0	127,0	86,0
Desviación Estándar	1,3	1,1	1,5	1,8

En cuanto a la previsión de salud de las mujeres que tuvieron partos, se puede observar que, en FONASA, ISAPRE, sin previsión y las pertenecientes a Fuerzas Armadas (FFAA), ocurrieron más partos normales que cesáreas. Es importante destacar, que la brecha entre partos normales (55,5%) y cesáreas (44,5%) en FFAA, es menor en comparación al resto de las previsiones, (Tabla 9).

Tabla 9: Distribución de Partos según previsión de salud, año 2015.

	FONASA		ISAPRE	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Cesárea	23.769	40,7	6.619	43
Parto Normal	34.623	59,3	8.777	57
Total	58.392	100	15.396	100

	Sin Previsión		Fuerzas Armadas	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Cesárea	234	27,5	757	44,5
Parto Normal	618	72,5	943	55,5
Total	852	100	1.700	100

En la siguiente tabla, se especificará la cantidad de partos (cesáreas y partos normales) en cada Servicio de Salud de Referencia, detallando porcentaje de ocurrencia de los tipos de partos, promedio de edad, promedio de días de estadía, tipo de establecimiento donde ocurre el parto (público o privado) y tipo de previsión de la

madre, en donde se detallará solamente FONASA e ISAPRE, ya que son el tipo de previsión con más afiliados en Chile, (Tabla 10).

Servicio de salud Metropolitano Norte (SSMN):

Como se detalla en la tabla, se puede distinguir cómo se comporta la ocurrencia de cesáreas (35,5%) y partos normales (64,5%) en el SSMN, a su vez, se puede identificar que el promedio de edad para cesáreas es de 29 años y para partos normales de 27 años. La media de días de estadía es de 3 días tanto para parto normal como para cesárea.

Se puede observar que, en los partos realizados por ISAPRE, independiente si el establecimiento es público o privado, se realizan más partos normales. En relación a los partos realizados por FONASA, se observa que en establecimientos privados se realizan más cesáreas y en establecimientos públicos hay un predominio de partos normales.

Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc):

Se puede distinguir cómo se comporta la ocurrencia de cesáreas (49,1%) y partos normales (50,9%) en el SSMOc, a su vez, se puede identificar el promedio de edad para cada tipo de parto, el cual para cesáreas es 28 años y para parto normal 26 años. La media de días de estadía para ambos tipos de partos es de 3 días.

Se puede observar que, en los partos realizados por ISAPRE, independiente si el establecimiento es público o privado, se realizan más cesáreas. En relación a los partos

realizados por FONASA, se observa que en establecimientos públicos hay más partos normales y en establecimientos privados hay un predominio de cesáreas.

Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC):

Se puede distinguir cómo se comporta la ocurrencia de cesáreas (45,6%) y partos normales (54,4%) en el SSMC, a su vez, se puede identificar el promedio de edad para cada tipo de parto, el cual para cesáreas es 30 años y 27 años para parto normal. La media de días de estadía son 3 días tanto para parto normal como para cesárea.

Se puede observar que de los partos que se realizan por ISAPRE, independiente si el establecimiento es público o privado, hay más cesáreas, por una mínima diferencia con los partos normales. En relación a los partos realizados por FONASA, se observa que en establecimiento público hay más partos normales y en establecimiento privado hay predominio de cesáreas.

Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO):

Como se detalla en la tabla, se puede distinguir cómo se comporta la ocurrencia de cesáreas (34,0%) y partos normales (66,0%) en el SSMO, a su vez, se puede identificar el promedio de edad para cada tipo de parto, el cual para cesáreas es 31 años y para parto normal 30 años. La media de días de estadía son 3 días para ambos tipos de partos.

Se puede observar que, de los partos que se realizan por ISAPRE, independiente si el establecimiento es público o privado, hay predominio de partos normales. En relación a los partos realizados por FONASA, se observa que en establecimientos públicos hay más partos normales y en establecimiento privados la gran mayoría son cesáreas.

Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS):

Como se detalla en la tabla, se puede distinguir cómo se comporta la ocurrencia de cesáreas (40,7%) y partos normales (59,3%) en el SSMS, a su vez, se puede identificar el promedio de edad para cada tipo de parto, el cual para cesáreas es 29 años y para parto normal 27 años. La media de días de estadía son 3 días para ambos tipos de partos.

Se puede observar que, en los partos realizados tanto por ISAPRE como por FONASA, hay un predominio de partos normales en los establecimientos públicos. En relación a los partos realizados en establecimientos privados, independiente si fueron por ISAPRE o FONASA, se puede observar que hay más cesáreas.

Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente (SSMSO):

Como se detalla en la tabla, se puede distinguir cómo se comporta la ocurrencia de cesáreas (39,7%) y partos normales (60,3%) en el SSMSO, a su vez, se puede identificar el promedio de edad para cada tipo de parto, el cual para cesáreas es 29 años

y para parto normal 26 años. La media de días de estadía son 3 días para ambos tipos de partos.

Se puede observar que, en los partos realizados tanto por ISAPRE como FONASA, hay un predominio de partos normales en los establecimientos públicos. En relación a los partos realizados en establecimientos privados, independiente si fueron por ISAPRE o FONASA, se puede observar que hay un predominio de cesáreas.

Además, en esta tabla se especifica el porcentaje de ocurrencia de los tipos de partos, tanto en establecimientos públicos como privados, en los Servicios de Salud de Referencia de la RM. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, en todos los Servicios de Salud de Referencia existe un predominio de partos normales. Por su parte, en los establecimientos privados se observa un predominio de cesáreas, a excepción del SSM Oriente, es donde ocurrieron más partos normales.

Tabla 10: Ocurrencia de tipo de parto, edad promedio, días de estadía, tipo de establecimiento y tipo de previsión para cada Servicio de Salud Metropolitano

SSM	Tipo de Parto	% de ocurrencia	Promedio de edad	Promedio Días de Estadía	% de Ocurrencia E. Público	Establecimiento Público			Establecimiento Privado			
						Tipo de Previsión			Tipo de Previsión			
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	% de Ocurrencia E. Privado	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)
SSMS Norte	Cesárea	35.5	29.4	2.9	29	27	47	26	58	73	42	55
	Parto Normal	64.5	26.9	2.7	71	73	53	74	42	27	58	45
SSM Occidente	Cesárea	49.1	28.2	2.9	41	41	57	38	70	77	60	53
	Parto Normal	50.9	26.0	2.7	59	59	43	63	30	23	40	47
SSM Central	Cesárea	45.6	29.5	3.0	32	30	52	27	64	77	51	51
	Parto Normal	54.4	27.4	2.7	68	70	48	73	36	23	49	49
SSM Oriente	Cesárea	34	30.8	3.2	36	35	49	38	32	75	23	43
	Parto Normal	66	29.8	2.9	64	65	51	62	68	25	77	57
SSM Sur	Cesárea	40.7	28.8	2.9	33	33	36	27	68	78	56	55
	Parto Normal	59.3	26.6	2.6	67	67	64	73	32	22	44	45
SSM Sur-Oriente	Cesárea	39.7	29.0	3.0	30	29	49	24	66	74	56	54
	Parto Normal	60.3	26.4	2.7	70	71	51	76	34	26	44	46

En la siguiente tabla, se analizarán las comunas que tuvieron mayor y menor cantidad de cesáreas en la RM. Se detallará porcentaje de ocurrencia de los tipos de partos, promedio de edad, promedio de días de estadía, tipo de establecimiento donde ocurre el parto (público o privado) y tipo de previsión de la madre, en donde se detallará solamente FONASA e ISAPRE, ya que son el tipo de previsión con más afiliados, (Tabla 11).

Dentro de las comunas que poseen mayor porcentaje de ocurrencia de cesáreas se encuentran: Talagante, Peñaflor, San Pedro, Melipilla y María Pinto.

La comuna de Talagante, tiene una ocurrencia de 58,6 % de cesáreas y 41,4% de partos normales, a su vez, se puede identificar la media de edad para cada tipo de parto, siendo 28 años para cesárea y 26 años para parto normal. La media de días de estadía es de 3 días para ambos tipos de partos. Se puede observar que, en los partos realizados por FONASA, independiente si ocurren en un establecimiento público o privado, hay un predominio de cesáreas. En cuanto a los partos realizados por ISAPRE, se observa que, en los establecimientos públicos, hay más partos normales y en los privados predominan las cesáreas.

La comuna de Peñaflor tiene una ocurrencia de 58,7% de cesáreas y 41,3% de partos normales. La media de edad es de 29 años para cesáreas y 26 años para partos normales. En cuanto a los días de estadía, son 3 días tanto para las cesáreas como para los partos normales. Se puede observar que siempre se realizan más cesáreas, independiente si los partos fueron realizados por ISAPRE o FONASA y si ocurrieron en un establecimiento público o privado.

La comuna de San Pedro tiene una ocurrencia de 61% de cesáreas y 39% de partos normales. La media de edad es de 30 años para cesáreas y 28 años para partos normales. En relación al promedio de días de estadía, 2 días para cesáreas y 3 días para partos normales. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, los partos que son realizados por FONASA son mayoritariamente cesáreas, mientras que los realizados por ISAPRE sólo corresponden a partos normales. En cuanto a los establecimientos privados, sólo se observan partos por FONASA, siendo éstos únicamente cesáreas.

La comuna de Melipilla tiene una ocurrencia de 63% de cesáreas y 37% de partos normales. La media de edad es de 28 años para cesáreas y 26 años para partos normales. En cuanto al promedio de días de estadía, es 3 días para ambos tipos de partos. Se puede observar que en los establecimientos públicos ocurren más cesáreas, independiente si la previsión es FONASA o ISAPRE. En cuanto a los establecimientos privados, los partos que son realizados por FONASA corresponden mayoritariamente a cesáreas y los que son realizados por ISAPRE a partos normales.

La comuna de María Pinto tiene una ocurrencia de 67,4% de cesáreas y 32,6% de partos normales, por lo que cabe destacar que es la comuna que posee mayor porcentaje de cesáreas dentro de la RM. La media de edad para esta comuna es de 27 y 26 años para cesáreas y partos normales, respectivamente. El promedio de días de estadía es de 3 días para ambos tipos de partos. Se puede observar que siempre se realizan más cesáreas, independiente si los partos fueron realizados por ISAPRE o FONASA y si ocurrieron en un establecimiento público o privado.

Dentro de las comunas que poseen menor número de cesáreas se encuentran: Huechuraba, Providencia, Lo Barnechea, Las Condes y Vitacura.

La comuna de Huechuraba tiene una ocurrencia de 32,4% de cesáreas y 67,6% de partos normales. La media de edad es de 29 y 27 años para cesáreas y partos normales, respectivamente. El promedio de días de estadía es de 3 días para ambos tipos de partos. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, los partos realizados por FONASA corresponden mayoritariamente a partos normales y los que son realizados por ISAPRE a cesáreas. En cuanto a los establecimientos privados, ocurren más cesáreas cuando son realizadas por FONASA y más partos normales cuando son por ISAPRE.

La comuna de Providencia tiene una ocurrencia de 29,3% de cesáreas y 70,7% de partos normales. La media de edad es de 32 años tanto para cesáreas como para partos normales. En relación al promedio de días de estadía, es de 3 días para ambos tipos de partos. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, ocurren mayoritariamente partos normales, independiente si son por FONASA o ISAPRE. En cuanto a los establecimientos privados, predominan las cesáreas cuando son realizadas por FONASA y los partos normales cuando se realizan por ISAPRE.

La comuna de Lo Barnechea tiene una ocurrencia de 28,1% de cesáreas y 71,9% de partos normales. La media de edad es de 31 años para cesáreas y 30 años para partos normales. El promedio de días de estadía es de 4 días para cesáreas y 3 días para partos normales. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, ocurren mayoritariamente partos normales, independiente si son por FONASA o ISAPRE. En

cuanto a los establecimientos privados, predominan las cesáreas cuando son realizadas por FONASA y los partos normales cuando se realizan por ISAPRE.

La comuna de La Condes tiene una ocurrencia de 26,8% para cesáreas y 73,2% para partos normales. La media de edad para ambos tipos de partos corresponde a 32 años. El promedio de días de estadía corresponde a 3 días tanto para cesáreas como para partos normales. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, los partos realizados por FONASA corresponden mayoritariamente a partos normales y los por ISAPRE a cesáreas. En cuanto a los establecimientos privados, los partos realizados por FONASA son en su mayoría cesáreas, mientras que los realizados por ISAPRE corresponden predominantemente a partos normales.

La comuna de Vitacura tiene una ocurrencia de 14,6% para cesáreas y 85,4% para partos normales, por lo que cabe destacar que es la comuna que posee mayor porcentaje de partos normales dentro de la RM. La media de edad para cesáreas es de 34 años y para partos normales es de 33 años. El promedio de días de estadía es de 4 días para cesáreas y 3 días para partos normales. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, ocurren mayoritariamente partos normales, independiente si son realizados por ISAPRE o FONASA. En cuanto a los establecimientos privados, la distribución de cesáreas y partos normales es equitativa (50% para ambos casos) en FONASA, mientras que los realizados por ISAPRE son en su mayoría partos normales.

Además, en la tabla se especifica el porcentaje de ocurrencia de los tipos de partos, tanto en establecimientos públicos como privados, en las comunas de la RM. Se puede observar que, en los establecimientos públicos, en la mayoría de las comunas, hay

un predominio de partos normales. Sin embargo, en comunas más alejadas como, por ejemplo, María Pinto, esta proporción se invierte, ya que se observan más cesáreas. Por su parte, en los establecimientos privados, se observa un predominio de cesáreas, a excepción de comunas del sector oriente, como por ejemplo Vitacura, en la que se observa un mayor porcentaje de partos normales.

Tabla 11: Ocurrencia de tipo de parto, edad promedio, días de estadía, tipo de establecimiento y tipo de previsión para cada comuna de la RM

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	Establecimiento Público				Establecimiento Privado			
					% de Ocurrencia E. Público	Tipo de Previsión			% de Ocurrencia E. Privado	Tipo de Presión		
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)		FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)
Santiago	Cesárea	42,4	30.0	3.1	36	34	53	29	51	73	37	42
	Parto Normal	57,6	28.7	2.8	64	66	47	71	49	27	63	58
Cerrillos	Cesárea	45,2	28.7	3.2	33	32	58	0	69	73	65	46
	Parto Normal	54,8	25.9	2.8	67	68	42	100	31	27	35	54
Cerro Navia	Cesárea	43,4	27.7	3.4	33	33	39	20	76	78	70	36
	Parto Normal	56,6	25.6	2.9	67	67	61	80	24	22	30	64
Conchalí	Cesárea	37,4	29.2	3.0	30	27	53	43	69	76	54	62
	Parto Normal	62,6	26.5	2.8	70	73	47	57	31	24	46	38
El Bosque	Cesárea	42,6	27.9	2.8	38	39	32	12	71	77	64	48
	Parto Normal	57,4	26.2	2.5	62	61	68	88	29	23	36	52
Estación Central	Cesárea	47,9	28.5	3.2	36	35	50	41	70	77	60	57
	Parto Normal	52,1	26.6	2.8	64	65	50	59	30	23	40	43

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	% de Ocurrencia E. Público	Establecimiento Público			Establecimiento Privado			
						Tipo de Previsión			Tipo de Presión			
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	% de Ocurrencia E. Privado	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)
Huechuraba	Cesárea	32,4	29.4	2.9	28	25	55	30	45	66	35	53
	Parto Normal	67,6	27.3	2.7	72	75	45	70	55	34	65	47
Independencia	Cesárea	39,5	29.5	3.0	32	31	52	27	65	69	59	58
	Parto Normal	60,5	27.2	2.7	68	69	48	73	35	31	41	42
La Cisterna	Cesárea	46,9	29.7	2.9	29	29	33	75	69	72	66	57
	Parto Normal	53,1	27.5	2.5	71	71	67	25	31	28	34	43
La Florida	Cesárea	43,2	29.5	3.1	32	31	56	24	64	75	54	56
	Parto Normal	56,8	27.3	2.7	68	69	44	76	36	25	46	44
La Granja	Cesárea	38,6	29.2	3.0	31	31	46	11	65	67	65	20
	Parto Normal	61,4	26.0	2.8	69	69	54	89	35	33	35	80
La Pintana	Cesárea	34,6	28.1	3.0	30	30	20	26	71	75	63	30
	Parto Normal	65,4	25.7	2.9	70	70	80	74	29	25	37	70
La Reina	Cesárea	39,8	30.6	3.0	38	40	29	0	41	73	29	48
	Parto Normal	60,2	29.7	2.8	62	60	71	100	59	27	71	52

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	Establecimiento Público				Establecimiento Privado			
					Tipo de Previsión			Tipo de Presión				
					% de Ocurrencia E. Público	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	% de Ocurrencia E. Privado	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)
Las Condes	Cesárea	26,8	32.0	3.4	33	29	56	60	25	78	18	40
	Parto Normal	73,2	31.8	2.9	67	71	44	40	75	22	82	60
Lo Barnechea	Cesárea	28,1	30.6	3.5	32	32	33	0	24	84	16	24
	Parto Normal	71,9	30.4	3.0	68	68	67	0	76	16	84	76
Lo Espejo	Cesárea	39,3	27.9	3.1	30	29	52	38	76	79	64	67
	Parto Normal	60,7	25.6	2.5	70	71	48	62	24	21	36	33
Lo Prado	Cesárea	39,1	28.9	2.9	19	18	35	33	74	75	68	80
	Parto Normal	60,9	25.6	2.6	81	82	65	67	26	25	32	20
Macul	Cesárea	43,6	30.2	3.2	39	39	53	13	55	75	41	54
	Parto Normal	56,4	27.4	2.8	61	61	47	87	45	25	59	46
Maipú	Cesárea	48,2	29.5	2.8	26	23	50	17	72	80	62	61
	Parto Normal	51,8	26.7	2.6	74	77	50	83	28	20	38	39
Ñuñoa	Cesárea	37,7	31.8	3.0	39	37	49	25	37	68	30	47
	Parto Normal	62,3	31.0	2.7	61	63	51	75	63	32	70	53

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	% de Ocurrencia E. Público	Establecimiento Público			Establecimiento Privado			
						Tipo de Previsión			Tipo de Presión			
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	
Pedro Aguirre Cerda	Cesárea	43,8	29.0	3.1	30	29	68	8	80	84	74	62
	Parto Normal	56,2	26.8	2.7	70	71	32	92	20	16	26	38
Peñalolén	Cesárea	38,1	29.7	3.2	35	35	58	45	53	77	38	50
	Parto Normal	61,9	26.8	2.9	65	65	42	55	47	23	62	50
Providencia	Cesárea	29,3	32.4	3.3	38	36	45	40	27	76	22	41
	Parto Normal	70,7	32.3	2.8	62	64	55	60	63	24	78	59
Pudahuel	Cesárea	42,2	29.2	2.7	19	17	135	17	68	75	57	42
	Parto Normal	57,8	26.0	2.6	81	83	43	700	32	25	43	58
Quilicura	Cesárea	37,6	29.4	2.9	29	27	45	27	65	74	52	60
	Parto Normal	62,4	26.8	2.7	71	73	55	73	35	26	48	40
Quinta Normal	Cesárea	46,3	28.9	3.1	29	29	41	20	75	80	66	52
	Parto Normal	53,7	26.5	2.7	71	71	59	80	25	20	34	48
Recoleta	Cesárea	33,7	29.2	2.9	27	27	47	18	60	72	45	38
	Parto Normal	66,3	26.9	2.7	73	73	53	82	40	28	55	63

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	% de Ocurrencia E. Público	Establecimiento Público			Establecimiento Privado			
						Tipo de Previsión			Tipo de Presión			
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	% de Ocurrencia E. Privado	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)
Renca	Cesárea	42,1	28.0	3.3	34	33	60	30	68	73	56	63
	Parto Normal	57,9	26.0	2.8	66	67	40	70	32	27	44	38
San Joaquín	Cesárea	44,3	29.4	3.0	30	29	53	57	71	76	65	56
	Parto Normal	55,7	27.4	2.6	70	71	47	43	29	24	35	44
San Miguel	Cesárea	47,7	30.7	2.9	33	28	53	18	61	81	46	65
	Parto Normal	52,3	28.8	2.6	67	72	47	82	39	19	54	35
San Ramón	Cesárea	36	29.0	2.9	28	28	60	19	70	76	60	29
	Parto Normal	64	26.1	2.9	72	72	40	81	30	24	40	71
Vitacura	Cesárea	14,6	34.0	3.8	25	26	22	0	14	50	13	21
	Parto Normal	85,4	32.7	2.9	75	74	78	0	86	50	87	79
Puente Alto	Cesárea	40,3	28.9	3.0	29	28	47	28	66	75	56	63
	Parto Normal	59,7	26.4	2.6	71	72	53	73	34	25	44	37
Pirque	Cesárea	37,8	29.4	3.0	30	28	75	0	56	70	49	33
	Parto Normal	62,2	27.3	2.6	70	72	25	0	44	30	51	67

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	% de Ocurrencia E. Público	Establecimiento Público			Establecimiento Privado			
						Tipo de Previsión			Tipo de Presión			
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	
San José de Maipo	Cesárea	38,1	28.3	3.0	27	26	50	0	69	75	65	50
	Parto Normal	61,9	26.2	2.6	73	74	50	0	31	25	35	50
Colina	Cesárea	32,9	29.3	3.1	29	29	47	21	45	76	28	40
	Parto Normal	67,1	27.0	2.8	71	71	53	79	55	24	72	60
Lampa	Cesárea	33,8	29.7	2.9	27	24	43	32	55	68	39	73
	Parto Normal	66,2	26.7	2.7	73	76	57	68	45	32	61	27
Til-Til	Cesárea	40,6	29.7	2.7	37	37	36	43	54	75	33	0
	Parto Normal	59,4	26.7	2.8	63	63	64	57	46	25	67	100
San Bernardo	Cesárea	38,8	28.1	2.7	35	35	30	32	63	75	54	51
	Parto Normal	61,2	26.1	2.5	65	65	70	68	27	25	46	49
Buin	Cesárea	35,7	29.8	3.0	30	29	36	20	58	79	44	50
	Parto Normal	64,3	27.2	2.6	70	71	64	80	42	21	56	50
Calera de Tango	Cesárea	36,1	29.1	2.6	30	31	30	0	52	53	50	67
	Parto Normal	63,9	28.0	2.3	70	69	70	0	48	47	50	33

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	% de Ocurrencia E. Público	Establecimiento Público			Establecimiento Privado			
						Tipo de Previsión			Tipo de Presión			
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	
Paine	Cesárea	38	29.3	3.2	34	33	46	50	62	90	48	43
	Parto Normal	62	26.5	2.8	66	67	54	50	38	10	52	57
Melipilla	Cesárea	63	27.7	2.6	63	62	79	67	65	87	36	69
	Parto Normal	37	26.1	2.6	37	38	21	33	35	13	64	31
Alhué	Cesárea	58,3	28.3	2.7	58	60	60	33	60	75	0	0
	Parto Normal	41,7	29.6	2.5	42	40	40	67	40	25	100	0
Curacaví	Cesárea	38	29.6	2.7	16	16	0	0	70	72	67	50
	Parto Normal	62	25.4	2.8	84	84	100	0	30	28	33	50
María Pinto	Cesárea	67,4	26.6	2.9	66	67	67	50	72	82	57	0
	Parto Normal	32,6	25.6	2.6	34	33	33	50	28	18	43	0
San Pedro	Cesárea	61	29.6	2.4	59	63	0	33	100	100	0	0
	Parto Normal	39	27.6	2.6	41	38	100	67	0	0	0	0
Talagante	Cesárea	58,6	27.7	2.7	57	57	48	75	71	82	69	50
	Parto Normal	41,4	25.6	2.5	43	43	52	25	29	18	31	50

Comuna	Tipo de Parto	% de Ocurrencia	Promedio de Edad	Promedio Días de Estadía	% de Ocurrencia E. Público	Establecimiento Público			Establecimiento Privado			
						Tipo de Previsión			Tipo de Presión			
						FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	FONASA (%)	ISAPRE (%)	Sin Previsión FFAA (%)	
El Monte	Cesárea	54,7	27.5	2.8	54	53	77	60	71	87	58	50
	Parto Normal	45,3	25.0	2.5	46	47	23	40	29	13	42	50
Isla de Maipo	Cesárea	54,4	27.5	3.0	55	54	83	0	50	69	38	67
	Parto Normal	45,6	26.3	2.6	45	46	17	0	50	31	62	33
Padre Hurtado	Cesárea	53,3	28.4	2.9	44	44	48	33	66	79	56	45
	Parto Normal	46,7	27.5	2.6	56	56	52	67	34	21	44	55
Peñaflor	Cesárea	58,7	28.5	2.8	54	54	62	38	64	82	68	67
	Parto Normal	41,3	26.0	2.6	46	46	38	63	26	18	32	33

Para finalizar con la descripción de las tablas, se puede observar que, si se analiza el porcentaje de cesáreas realizadas, ya sea, en Chile, en la RM o por comunas, se supera el porcentaje de cesáreas recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual es hasta un 15%, teniendo algunas comunas de la RM una tasa de 67,4% como es el caso de María Pinto. Cabe destacar, que en la comuna de Vitacura la tasa de cesárea es de 14,6%, siendo ésta la única comuna dentro del porcentaje recomendado por la OMS, (Tabla 11).

Discusión

Esta investigación recopiló y analizó información territorial comparativa, respecto a las cesáreas y partos normales de las comunas que componen la RM, considerando las siguientes variables: tipo de establecimiento de salud (público y privado), edad, previsión de salud, Servicio de Salud de Referencia y días de estadía.

Dentro de los resultados obtenidos en esta investigación, se observó que del total de egresos hospitalarios en Chile en el año 2015 (1.671.054), un 10,8% fueron partos. Posteriormente se distinguió que, del total de partos realizados en Chile, el 46,1% fueron partos normales y un 53,9% cesáreas. A su vez, del total de partos realizados en la RM (76.340), 58,9% fueron partos normales y un 41,1% cesáreas.

Al realizar un análisis de los partos en el territorio de la RM dentro de cada Servicio de Salud de Referencia, se observa que en todos éstos se realizan más partos normales que cesáreas. Además, se puede divisar que los SSMOc y SSMC, tienen los mayores porcentajes de ocurrencia de cesáreas, con un 49,1% y un 45,6%, respectivamente. Cabe destacar que, en el SSMOc, la diferencia porcentual entre ambos tipos de partos es de solo un 1,8%.

Además, se crearon tablas para el análisis de cada comuna de la RM, donde destacó la comuna de Vitacura por tener el mayor porcentaje de partos normales (85,4%). A su vez, la comuna de María Pinto destacó por tener el porcentaje más alto de cesáreas (67,4%) en toda la RM.

La cesárea ha ido en aumento en diversos países, sobre todo en aquellos en vías de desarrollo, como es el caso de Chile y Brasil, en donde el porcentaje de cesáreas llega

a un 40-42% (Melo, 2010). Los resultados obtenidos en esta investigación, muestran que la mayoría de las comunas de la RM, sobrepasan el porcentaje de cesáreas recomendado por la OMS, el cual es del 15%. Esta tendencia, se ratifica en el estudio de Rafiei (2018), el cual indica que la probabilidad de que una mujer se someta a una cesárea es tres veces superior que hace 20 años.

Este mismo autor en su estudio sobre la prevalencia, causas y complicaciones de las cesáreas programadas, menciona que las tasas de cesáreas son más altas en los servicios de salud privados que en los públicos, en donde el 57,7% de las cesáreas se realizan en recintos privados y el 33,6% en recintos públicos. Al igual que en esta investigación, se puede evidenciar que las mayores tasas de cesáreas se realizan en establecimientos privados. El tipo de establecimiento de salud, corresponde a la única variable estudiada que genera un cambio en el patrón regional, debido a que se observa la predominancia de cesáreas. Lo anterior deja en evidencia que el tipo de establecimiento (público o privado), sería uno de las variables más relevantes al momento de entender la cantidad de cesáreas realizadas en la RM.

Los autores Barros, Rabello y Villar, en el año 2018, mencionan que el mayor porcentaje de cesáreas programadas, se da principalmente en mujeres con mejores condiciones socioeconómicas y que generalmente las razones de esta situación, son debidas a la conveniencia del médico y/o la maternidad. En esta investigación se observó lo contrario, ya las comunas con mejor nivel socio-económico, según las variables indirectas analizadas (tipo de previsión, comuna y tipo de establecimiento), presentan un menor porcentaje de cesáreas.

En relación al tipo de afiliación, referida a ISAPRE y FONASA, se observa que existe un predominio de partos normales por sobre las cesáreas, tomando en cuenta que FONASA es la previsión de salud con más afiliados en el país.

El estudio realizado por Rolfe (2017) en Australia, sobre la distribución de partos en servicios rurales, menciona que en las instalaciones rurales de salud se presenta un mayor porcentaje de partos normales en comparación a los establecimientos urbanos, donde se observa un mayor número de cesáreas. Sin embargo, los datos obtenidos en esta investigación muestran lo contrario, ya que en la mayoría de las comunas de la RM se registran más partos normales que cesáreas, a excepción de las comunas más alejadas de la provincia de Santiago, como son María Pinto, Alhué, Talagante, Isla de Maipo, Padre Hurtado, San Pedro, El Monte, Peñaflor y Melipilla. Sin embargo, es importante destacar que la realidad en el servicio de salud australiano es diferente al de Chile, ya sea mirándolo de una perspectiva de acceso y/o condiciones de atención en salud.

En relación al tipo de afiliación, referida a ISAPRE y FONASA, se observa que existe un predominio de partos normales por sobre las cesáreas.

Por lo mencionado anteriormente, es importante conocer en el proceso de toma de decisiones, qué motiva la elección del tipo de parto, tanto en los establecimientos públicos como en los privados, (Mendoza, 2006).

En un comienzo, las decisiones eran tomadas unilateralmente por el profesional, donde conforme a su criterio, optaba por la terapia que a su juicio era la que mejor convenía al paciente, sin considerar que cada paciente-usuario posee una problemática

particular, con una circunstancialidad concreta que la medicina debe respetar, (Mendoza, 2006).

En la actualidad, se considera que en el ejercicio de la autonomía del paciente, se deben tener en cuenta sus valores, deseos y preferencias, como elementos determinantes de las decisiones de salud, por cuanto el profesional se apoya de una herramienta de toma de decisiones, conocida como *Modelo de Decisiones Informadas*, el cual opera cuando el profesional expone al paciente las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles y sus posibles cursos de acción con los resultados esperables, información que el paciente incorpora en sus expectativas y valores, para decidir la alternativa que mejor se adapta a su caso en particular (Mendoza, 2006).

Por otra parte, se presentaron limitaciones al realizar esta investigación, principalmente al utilizar el acto administrativo del egreso hospitalario como unidad muestral y no personas. A esto, se suma que las personas no necesariamente tienen su parto en el lugar de residencia y que, además no se logró identificar si la cesárea fue electiva o por requerimiento médico. Además, no se logra identificar el nivel socio-económico de las mujeres sometidas a una cesárea, ya que la base de datos no permite obtener esta información.

Por lo mencionado anteriormente, se sugiere complementar esta investigación con estudios cualitativos sobre este tema, los cuales permitan justificar la elección de cesáreas en las comunas de la RM.

Conclusión

En el presente estudio de investigación, se cumplió con el objetivo general de describir la distribución territorial de las cesáreas realizadas en la RM, en el año 2015.

La relevancia de esta investigación para la formación de pregrado de la carrera de Enfermería, recae en la experiencia adquirida como investigadores, ya que el llevar a cabo este proyecto, permitió incorporar y llevar a la práctica conocimientos teóricos adquiridos durante el periodo de pregrado. Además, se pudieron contrastar creencias como, por ejemplo, que en las comunas de mayor nivel socioeconómico se realizaban un mayor número de cesáreas, siendo en la realidad lo contrario, ya que en las comunas del sector oriente como Providencia, Lo Barnechea, Las Condes y Vitacura, se presenta un mayor porcentaje de partos normales.

Los resultados obtenidos según las variables aplicadas, como son: tipo de parto, Servicio de Salud de Referencia, días de estadía, tipo de establecimiento, edad, comuna y previsión de salud, dan cuenta que el mayor número de cesáreas, se dan en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, específicamente en la comuna de María Pinto, en establecimientos públicos y con previsión FONASA. Además, se concluye que el mayor número de partos normales, se da en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, específicamente en la comuna de Vitacura, en establecimientos públicos y con previsión FONASA. Cabe destacar que, en ambas comunas analizadas, los días de estadía y edad, no varían de forma significativa.

Los resultados obtenidos de esta investigación, permitieron comparar la evidencia bibliográfica encontrada, donde varios autores mencionan que existe un mayor

número de partos por cesáreas en comunas con mejores condiciones socioeconómicas y que existe una relación entre el predominio de las cesáreas en la medida que aumenta la edad de las madres. Conforme a esta investigación, se evidenció que en las comunas con alto nivel socio-económico existe un mayor número de partos normales y que la edad promedio, no varía significativamente entre ambos tipos de parto.

Esta investigación presenta como vacío, determinar si la elección de la cesárea corresponde a una decisión propia de la madre o por requerimiento médico.

Conforme a lo anterior, se propone realizar una investigación de tipo cualitativa en el sector privado de salud, tanto en las comunas que presentan una menor tasa de cesáreas (como es el caso de Vitacura), como en las comunas que presentan una mayor tasa de cesáreas (como es el caso de Talagante, Peñaflor, Melipilla y María Pinto), entrevistando a mujeres sobre el motivo de su decisión al momento de elegir el tipo de parto.

Este estudio investigativo, referido a la distribución territorial de cesáreas en la RM, pretende que los futuros profesionales de la carrera de Enfermería, aplicando sus conocimientos de promoción y prevención de la salud, puedan educar a las mujeres con una base científica sólida, en la toma de decisión al optar por el tipo de parto, priorizando los requerimientos médicos por sobre la comodidad personal.

Resumen del estudio

Los estudios descriptivos de corte transversal, corresponden a diseños observacionales de base individual, cuyo objetivo es estudiar la frecuencia y distribución de eventos de salud y/o enfermedades. En este caso, se describe la distribución territorial de las cesáreas en las comunas que conforman la RM, considerando las siguientes variables: tipo de establecimiento de salud (público y privado), edad, previsión de salud, Servicio de Salud de Referencia y días de estadía.

Esta investigación se realiza por primera vez en Chile, escogiendo como territorio la RM, por concentrar la mayor parte de la población del país, evaluándola a través de sus Servicios de Salud de Referencia y sus comunas.

El propósito de esta investigación se orienta principalmente a generar una mejora en la toma de decisiones cuando se debe tomar una decisión sobre el tipo de parto, informándoles sobre los riesgos y beneficios a corto y largo plazo de la cirugía por cesárea, tanto para la madre como para su progenie y con ello, hacia la madre, para generar un impacto positivo en la reducción de cesáreas programadas en la Región Metropolitana y en Chile.

Para poder llevar a cabo esta investigación, se realizó búsqueda bibliográfica y literatura gris, referidas al objetivo de este estudio, para luego recopilar información sobre la población objetivo, utilizándose en este caso los egresos hospitalarios por cesárea y parto normal en la RM del año 2015. El análisis de la base de datos secundaria de “Egresos hospitalarios 2015”, rescatada del DEIS, permitió un análisis profundo de la distribución territorial de las cesáreas y partos normales. Posteriormente, se realizó el

análisis de la información recopilada, para estudiar las variables consideradas en el estudio y evidenciar la existencia de algún patrón de comportamiento que se repita entre Servicios de Salud de Referencia y las comunas de la RM, generando conclusiones que permitan implementar a futuro un plan de acción para reducir las cesáreas programadas.

REFERENCIAS

- Álvarez, G. & Delgado, J. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos, El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía a la Salud y a la Enfermedad. En *Revista Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2015; 32(1): 26-34.
- Arnau, J. Martínez, M. Nicolás, M. Bas, E. Morales, R. & Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. En *Revista de Antropología Iberoamericana*. 2012; 7 (2), 225-247.
- Barros, F. Rabello, N. Villar, J. (2018). Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. *BMJ Open* 2018;8:e021538. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021538
- Benavides P, Castro R, Jones I. (2013). *Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050*. Gobierno de Chile, Dirección de Presupuestos. Recuperado de: http://www.dipres.gob.cl/598/articles-117505_doc_pdf.pdf
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharaux, C., Gülmezoglu, A. M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. En *Reproductive Health*, 12, 57. <http://doi.org/10.1186/s12978-015-0043-6>
- Biblioteca del Congreso Nacional (2017). *Reportes Comunales 2015*. Recuperado de <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Categor%C3%ADa:Comunas>

- Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., & Espinoza, M. (2011). ¿Cómo se ha medido la posición social en investigación en salud? Una revisión de la literatura internacional. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(6), 457–468.
- D’Souza, R. (2013). Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: Putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(2), 165–177. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.006>
- Emanuel, E. (2012). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas*, 83-95.
- Gobierno de Chile Departamento de Estadísticas e Información en Salud (2017). *Egresos Hospitalarios 2012-2014*. Recuperado de http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm
- Gobierno de Chile Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Estadísticas Comunes, tercera publicación 2014*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/reportes_com1_2.php
- Gobierno de Chile Ministerio de Salud (2014). Diagnóstico de Salud, Región Metropolitana 2014, *Análisis de la Situación de Salud de la Región Metropolitana con Enfoque de Determinantes Sociales y Económicos*. Santiago, Chile. Recuperado de: <https://www.gobiernosantiago.cl/wp->

[content/uploads/2014/12/Seremi-de-Salud-Regi%C3%B3n-Metropolitana-Diagn%C3%B3stico-de-Salud-de-la-Regi%C3%B3n-Metropolitana-2014-Diciembre-2014.pdf](http://www.minsal.cl/content/uploads/2014/12/Seremi-de-Salud-Regi%C3%B3n-Metropolitana-Diagn%C3%B3stico-de-Salud-de-la-Regi%C3%B3n-Metropolitana-2014-Diciembre-2014.pdf)

Gobierno de Chile Ministerio de Salud. (2011). Estrategia Nacional de Salud: *Metas 2011-2020*. Santiago, Chile. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Gobierno de Chile Ministerio de Salud. (2015). Guía Clínica: *Guía Perinatal 2015*. Santiago Chile. Recuperado de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20ARA%20PUBLICAR.pdf

Gobierno de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, (2017). *Sistema Nacional de Servicios de Salud: Establecimientos*. Recuperado de: <http://intradeis.minsal.cl/Mapas/>

Gúzman, E. (2012). Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. *MedWave*, 12(3) e5331. DOI: 10.5867/medwave.2012.03.5331

Huang, K., Tao, F., Faragher, B., Raven, J., Tolhurst, R., Tang, S., & Broek, N. van den. (2013). A mixed-method study of factors associated with differences in caesarean section rates at community level: The case of rural China. *Midwifery*, 29(8), 911–920. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.003>

Intendenciametropolitana.gov.cl. (2017). *Información Geográfica - Intendencia Metropolitana - Gobierno de Chile*. Recuperado de: http://www.intendenciametropolitana.gov.cl/informacion_geografica_2.html

- Karlström, A., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (2013). Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: Findings from a Swedish case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *120*(4), 479–486. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12129>
- Litorp, H., Kidanto, H. L., Rööst, M., Abeid, M., Nyström, L., & Essén, B. (2014). Maternal near-miss and death and their association with caesarean section complications: a cross-sectional study at a university hospital and a regional hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 244. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-244>
- Menchaca, J. (2005). *Guía de Manejo: Trabajo de Parto Normal y Parto Eutócico*. División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Civil de Guadalajara. Guadalajara, México.
- Manríquez, M. G. (2009). *Complicaciones de la cesárea*. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España.
- Martín, B (2012). *Análisis Territorial y Planeamiento. Diploma de Estudios Avanzados en Geografía*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.
- Melo E.C, Mathias TAF. (2010). Distribución y auto-correlación espacial de indicadores de la salud de la mujer y del niño en el estado de Paraná, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov-dic. 2010. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_19.pdf
- Mendoza, S. Jofré, V. & Valenzuela, S. (2006). La toma de decisiones en Salud y el Modelo Conceptual de Ottawa. En *Invest. Educ. Enferm.* 2006;24(1):86-92.

- Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a09.pdf>
- Morera, M. (2013). Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(2), 119-125. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000200008>
- Mylonas, I., & Friese, K. (2015). Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. En *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(29–30), 489–95. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>
- OCDE. (2009). Estudios territoriales de la OCDE Chile. Paris: OCDE.
- OMS, HRP. (2015, Abril). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. OMS, WHO/RHR/15.02, 8. 2017, Marzo, De WHO Base de datos.
- Rafiei, M. Saei Ghare, M. Akbari, M. Kiani, F. Sayehmiri, F. Sayehmiri, K. & Vafae, R. (2018). Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine (Yazd, Iran)*, 16(4), 221-234.
- Rolfe, M. I, Donoghue. D, Longman. J, Pilcher. J, Kildea. S, Kruske. S, Kornelsen. J, Grzybowski. S, Barclay. & L, Morgan. (2017). The distribution of maternity services across rural and remote Australia: does it reflect population need?. *BMC health services research*, 17(1), 163. doi:10.1186/s12913-017-2084
- Salinas, H. Naranjo, B. Pastén, J. Retamal, B. (2007). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista HCUCh* 2007; 18: 168-78. Recuperado de:

https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/estado_cesarea_en_chile.pdf

- Schanpp, C. (2014). *Operación Cesárea. Unidad de Medicina Materno Fetal*. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes. Santiago, Chile. En *Rev Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 987-992*.
- Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987–992. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)
- Spong, C. Y. (2015). Prevention of the First Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 42(2), 377–380. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.010>
- Spong, C. Y., Berghella, V., Wenstrom, K. D., Mercer, B. M., & Saade, G. R. (2012). Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstetrics and Gynecology*, 120(5), 1181–93. DOI: <https://doi.org/http://10.1097/AOG.0b013e3182704880>
- Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L. Hernández-Serrato MI, Walker D, Lazcano-Ponce E. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S225-S234. Recuperado de:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55s2/v55s2a20.pdf

Valenzuela, R. (2017). El mapa de las cesáreas. *La Tercera*. Recuperado de:

<http://www.latercera.com/noticia/chile-segundo-pais-la-ocde-mas-partos-cesareas/>

Vásquez, A., Cabieses, B., & Tunstall, H. (2016). Where Are Socioeconomically Deprived Immigrants Located in Chile? A Spatial Analysis of Census Data Using an Index of Multiple Deprivation from the Last Three Decades (1992-2012). En *PLOS ONE*, *11*(1). DOI

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0146047>

Villar, J. (2005). *Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS*. Fundación para la Educación Médica, Gineva. Recuperado de

http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Encuesta_global_OMS_2005.pdf

Vogel, J. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Torloni, M. R., Zhang, J. Temmerman, M.

(2015). Use of the robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. En *The Lancet Global Health*, *3*(5), 260–270. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X)

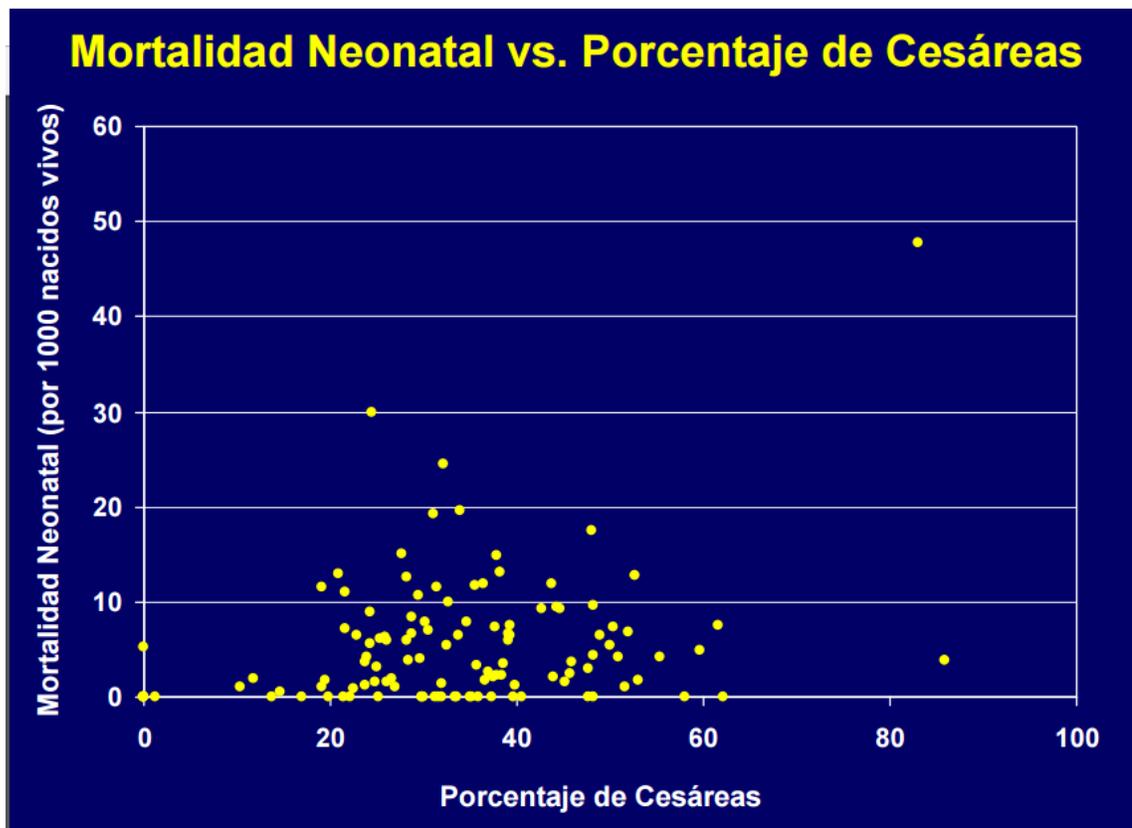
Yáñez, C. (2017). Chile es el segundo país de la OCDE con más partos por cesáreas -

LA TERCERA. Recuperado de: <http://www.latercera.com/noticia/chile-segundo-pais-la-ocde-mas-partos-cesareas/>

Werner, EF. Han, CS. Savitz, DA. Goldshore, M. & Lipkind, HS. (2013). Health outcomes for vaginal compared with cesarean delivery of appropriately grown preterm neonates. En *Obstet Gynecol*, 121 (6), 1195-1200. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700506/>

ANEXOS

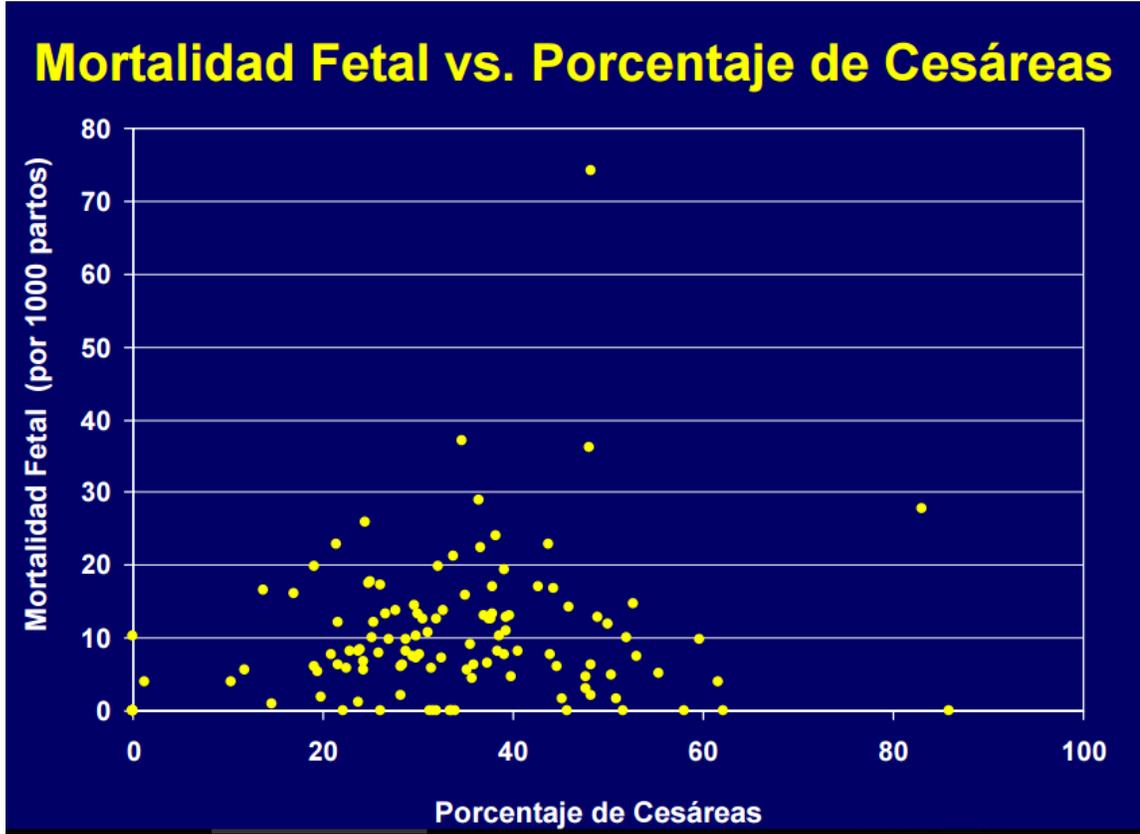
A.1 Gráficos realizados por Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS septiembre 2004 – marzo 2005



Fuente: Villar, J. (2005). *Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS*.

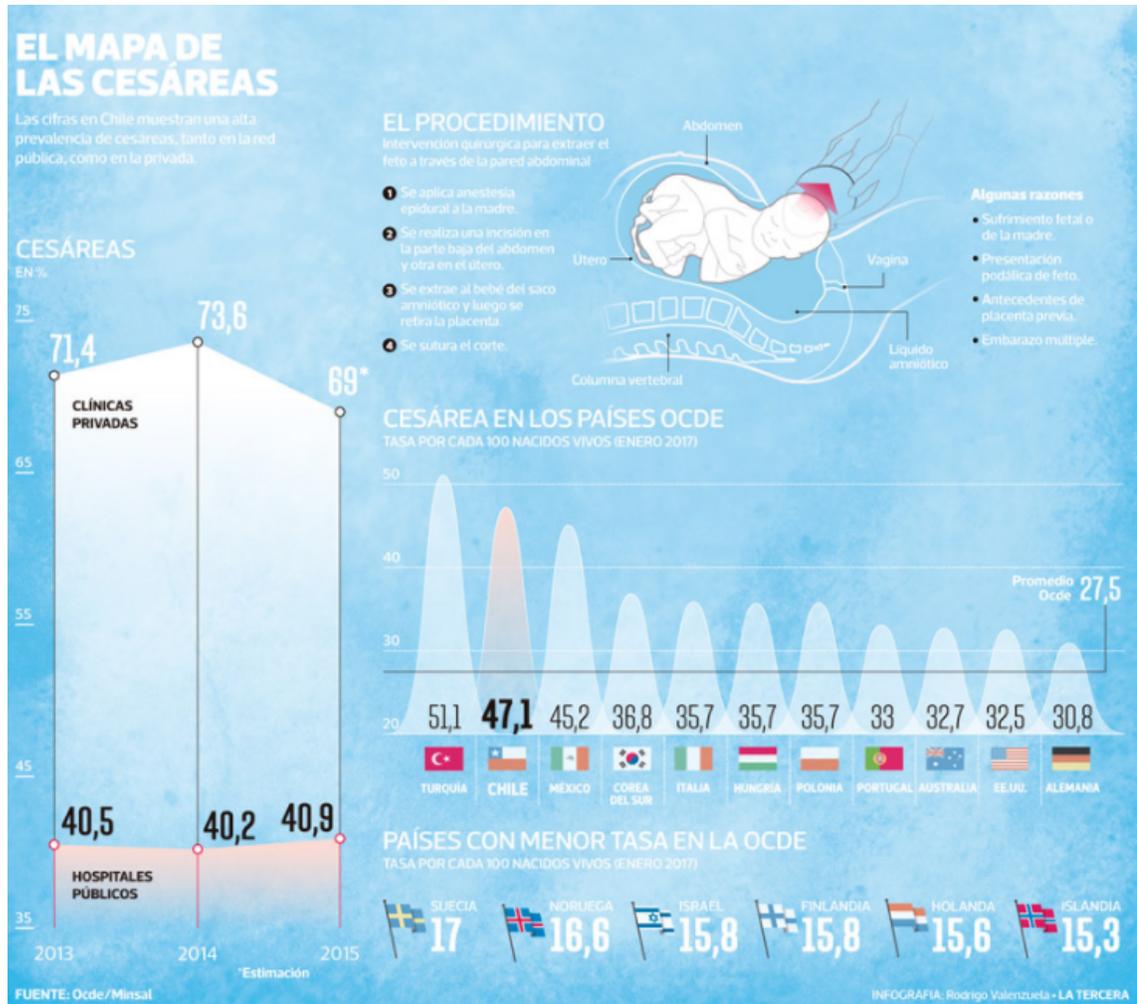
Fundación para la Educación Médica, Gineva. Recuperado de

http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Encuesta_global_OMS_2005.pdf



Fuente: Villar, J. (2005). *Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS*.
Fundación para la Educación Médica, Gineva. Recuperado de
http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Encuesta_global_OMS_2005.pdf

A.2 Infograma



Fuente: Valenzuela, R. (2017). El mapa de las cesáreas. *La Tercera*. Recuperado de

<http://www.latercera.com/noticia/chile-segundo-pais-la-ocde-mas-partos-cesareas/>

A.3 Autoevaluación grupal

La apreciación grupal de las fortalezas son la organización que se tiene para dar tareas específicas para cada uno, se cumplen tiempos estipulados impuestos de forma grupal, existe una buena comunicación entre todos los participantes del trabajo, responsabilidad, profesionalismo y compromiso tanto para el trabajo como para cada uno de los integrantes. Otra de las grandes fortalezas es la aceptación de las decisiones impuestas como grupo, la capacidad de empatía cuando algún integrante tiene un problema. Además, existe una gran variedad de puntos de vistas los cuales son aceptados y complementados entre otros.

Dentro de las debilidades existentes está la incapacidad de trabajar de forma igualitaria cuando los integrantes están por separado, lo que genera que siempre se debe tener un espacio físico, coordinación de horarios, entre otros. Además, en algunas ocasiones existe una falta de concentración al momento de comenzar el trabajo, desviando el tema principal lo que conlleva a la dilatación en el inicio del trabajo. En otras ocasiones se pierde el hilo conductor de este, generando que se aplace el tiempo de trabajo, ya que se dificulta la decisión de volver a enfocarse en lo que se está trabajando o lo que en realidad es relevante. Para la mejoría de nuestras debilidades hemos propuesto trabajar con metas y organización de nuestros tiempos realizando una Carta Gantt.

Los aspectos a mejorar del trabajo en equipo es disminuir la dificultad de alinearse con los objetivos planteados, que no exista una falta de concentración al momento de comenzar el trabajo y que no se pierda el hilo conductor de este, que se

logre trabajar de manera continua, sin interrupciones de muy largo tiempo para que este se ocupe de la mejor manera posible. Mejorar habilidades al momento en que los participantes del trabajo no se encuentren en un mismo espacio en común, que exista un trabajo igualitario, y terminar lo que nos proponemos en los tiempos estipulados. Finalmente, el último aspecto a mejorar es la dificultad de converger con las sugerencias y comentarios de nuestra tutora y los propios del grupo con el objetivo de mejorar nuestro estudio.

A.4 Dispensa de Consentimiento



Santiago, 11 de mayo, 2018

Sra. Alejandra Valdés
Presidente Comité de Ética de la Investigación de Pregrado
Facultad de Medicina CAS-UDD

Presente

Estimada Sra. Alejandra Valdés,

Junto con saludar, el motivo de la presente carta es hacerle llegar al Comité de Ética de Investigación de Pregrado de la Facultad de Medicina CAS-UDD, el proyecto de tesis denominado: **Distribución Territorial de las Cesáreas Realizadas en la Región Metropolitana en el año 2015**. El cual será llevado a cabo por las estudiantes Sebastián Ávalos Pavez, Vesna Muñoz Rakela, Francisca Salazar Oyarzún, Fernanda Valdivieso Calderón y Cristian Vargas Pizarro con la guía del Profesor Víctor Pedrero Castillo.

El objetivo principal de este proyecto es: Describir la distribución territorial de las cesáreas realizadas en la región Metropolitana, en el año 2015.

Este estudio no considera contacto directo con sujetos de investigación, sino que utiliza una base de datos anónima y de representación nacional de libre acceso: Egresos Hospitalarios 2015. En este contexto es que solicitamos la dispensa de consentimiento informado por parte del comité que usted preside.

De antemano agradecemos su tiempo,

Sebastián Ávalos Pavez
Vesna Muñoz Rakela
Francisca Salazar Oyarzún
Fernanda Valdivieso Calderón
Cristian Vargas Pizarro

