

# El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas)

Octavio Gómez-Dantés, MC, MSP.<sup>(1)</sup>

Gómez-Dantés O.  
El secuestro de Lucina  
(o cómo detener la epidemia de cesáreas).  
Salud Publica Mex 2004;46:71-74.

Gómez-Dantés O.  
Lucina's kidnap  
(or how to stop the cesarean section epidemic).  
Salud Publica Mex 2004;46:71-74.

## Resumen

Las cesáreas han tenido un incremento explosivo en la mayoría de los países de ingresos altos y medios en años recientes. En América Latina los porcentajes de partos quirúrgicos alcanzan cifras de 30% en Brasil, 40% en Chile y 36% en México. En este ensayo se describe la relación de las cesáreas con diversas figuras mitológicas, se presenta una breve historia de esta operación y se discute el posible origen de su crecimiento reciente. Dentro de los factores relacionados con esta epidemia destacan los intereses económicos, la oferta de servicios especializados y la poca información que las mujeres embarazadas reciben respecto de las alternativas para el nacimiento de sus hijos. El trabajo concluye con un llamado al control de este tipo de intervenciones atendiendo a experiencias exitosas documentadas.

*Palabras clave:* cesáreas; Asclepio; Higiá; Lucina; México

## Abstract

Cesarean sections rates have increased considerably in high- and middle-income countries in recent years. In Latin America the rates of surgical births reached 30% in Brazil, 40% in Chile, and 36% in Mexico. This essay describes the relationship of cesarean section with several mythological characters, presents a brief history of surgical births, and discusses the possible origin of its explosive increase. Among the factors associated to this epidemic we can mention economic incentives, a mounting supply of specialists, and the lack of comprehensive information on birth alternatives for pregnant women. The essay concludes with a call for a generalized control of this procedure based on evidence gathered through different kinds of interventions.

*Key words:* caesarean section; Asclepius; Hygieia; Lucina; Mexico

**H**ace 30 años nadie se hubiera atrevido a predecir que la cesárea sería uno de los procedimientos médicos más comunes. Sin embargo, este recurso, que parece de excepción, es ya nuestra principal causa de internamiento hospitalario.

El aumento de las cesáreas es un fenómeno mundial. En España su número se duplicó en los últimos

15 años y hoy alcanza a 23% de los partos.<sup>1</sup> En el Reino Unido los nacimientos por esta vía pasaron de 3% en 1970 a 21% en el momento actual.<sup>2</sup> Esto motivó que el Departamento de Salud le solicitara al Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos el más grande estudio sobre cesáreas jamás realizado en este país. En Estados Unidos de América se produjo un incremento similar:

(1) Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México.

de 5% en 1970, los nacimientos por cesárea aumentaron a 25% en el año 2000.<sup>3</sup> Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas que parece haber evitado esta epidemia; su porcentaje de nacimientos quirúrgicos es menor de 10%.

Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas.<sup>4</sup> En Chile este porcentaje asciende a 40%. En México se incrementó de 23% en 1991 a 36% en 2002.<sup>5</sup> En el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuatro y cinco de cada 10 nacimientos, respectivamente, son quirúrgicos. En el sector privado del Distrito Federal, Nuevo León y Tamaulipas las cesáreas representan más de 70% de los partos.

Hasta 1990 el aumento en el número de estas intervenciones en los países más desarrollados se asoció con un descenso paralelo de la mortalidad perinatal. Sin embargo, a partir de esa fecha la tasa de cesáreas ha seguido en aumento sin que se hayan registrado disminuciones adicionales en las muertes de los recién nacidos. La cifra que la Organización Mundial de la Salud estableció como límite razonable es de 15%, pero son muy pocos los países de ingresos medios y altos que no han rebasado este umbral.

\*

La tradición médica occidental nace con una cesárea. Apolo, enamorado de Coronis, concibe un hijo con ella. Pero antes de dar a luz, ésta le entrega su amor a Isis. Apolo se queja de la afrenta con su hermana Artemisa, quien lo venga descargando sobre Coronis las flechas de su carcaj. Arrepentido aquél, le ordena a Hermes desprender a su hijo del vientre de su madre muerta.

Como tantos otros dioses, Apolo deja en manos de Quirón la educación de Asclepio. Con él aprende a correr, boxear y escalar, componer música y bailar, enfrentar con humor el peligro y leer en los cielos los presagios. Pero además Quirón lo introduce en los secretos de los remedios curativos. Ya mayor, recibe de Atenea la sangre de las venas de Medusa, que en alguna ocasión utiliza para revivir a Hipólito, hijo de Teseo, fundador de Atenas. Zeus, temeroso de que pudiera utilizar sus poderes para alterar el orden natural de las cosas, lo fulmina con un rayo, para luego sumarlo a los dioses en la constelación *Serpentaria*. Con el tiempo, Asclepio se convierte en el inventor y dios del arte de curar y en la figura mayor de un culto centrado en Epidaurus, conservado por los llamados asclepiades, el más famoso de los cuales fue Hipócrates.

El dios de la medicina tuvo dos hijos –Macaón y Podalirio– y cinco hijas –Higía, Aceso, Iaso, Panacea y Aglea–. Sus hijos se dieron a conocer por los notables servicios que como médicos les prestaron a los griegos en el sitio de Troya. La fama de sus hijas no fue menor. Aceso, Iaso y Panacea muy pronto se relacionaron con la idea de curar. El nombre de esta última se le dio desde la Grecia clásica al remedio capaz de aliviar una gran cantidad de males. Pero fue Higía, conocida en Roma como Salus –del latín *salus*, salud–, la que generó la mayor de las admiraciones. En el mundo antiguo representó las virtudes de una vida sana en un ambiente armónico y los romanos levantaron un templo en su honor, como la diosa de la que dependía la salud del imperio.

Los mitos de Higía y Asclepio simbolizan, según René Dubos, la inagotable oscilación, presente en prácticamente todas las culturas, entre dos diferentes puntos de vista sobre la medicina.<sup>6</sup> Para los fieles a Higía, la salud es una propiedad a la que todos los hombres pueden acceder si gobiernan sus vidas con sabiduría. De acuerdo con ellos, la función principal de la medicina es descubrir y difundir las leyes que aseguran una *mens sana in corpore sano*. Más escépticos de las posibilidades virtuosas de los seres humanos, los seguidores de Asclepio están convencidos de que al médico le compete tratar la enfermedad, restablecer la salud mediante la corrección de cualquier imperfección producida por accidentes del nacimiento o la vida.

Dadas estas atribuciones, no sorprende que Asclepio haya nacido por medio de una cesárea, en ausencia de Ilitía –o Lucina, como se le conoció en Roma, del latín *lux*, luz, vida–, la diosa que presidía los partos felices. Este hecho más bien sugiere que la intervención tenía que marcar desde temprano su vida y, con ello, la de una de las corrientes de la medicina occidental.

El peso que tuvo el arrebato de la intervención en los albores de la medicina fue tal que hasta la cautela en el tratamiento de los enfermos que predicó la escuela hipocrática fue calificada de “meditación sobre la muerte” por los más aguerridos discípulos de Asclepio. Esto a pesar de que a su propio maestro se le rendía culto con el gallo y la tortuga, símbolos de la vigilancia y la prudencia. Y este rasgo –la necesidad de *hacer algo*, no importaba qué–, lejos de desaparecer, se fue haciendo más marcado, hasta convertirse en el siglo XIX, en palabras de Lewis Thomas, en el impulso dominante de la medicina.<sup>7</sup>

\*

En la antigüedad la cesárea no era una alternativa al parto vaginal; era una intervención heroica: la única

que podía salvar la vida de los productos que yacían en el útero de una madre recién muerta o agonizante. Bajo Julio César, el estado romano, necesitado de acrecentar su población, la hizo obligatoria en estos últimos casos. Es posible que de allí, de la palabra *caesare*, se desprendiera la palabra *caesures*, nombre latín dado a los niños nacidos mediante esta operación. Otra posibilidad es que provenga de la palabra *caedere*, que en latín significa cortar. Ya no como medida salvadora, la cesárea era también común en ciertas culturas que exigían el entierro por separado de la madre y el hijo muertos.

Aunque hay recuentos de intentos precoces por hacer de la cesárea un procedimiento que también preservara la vida de la madre —en México el primer registro de una cesárea data de 1779—,<sup>8</sup> no es sino hasta bien entrado el siglo XIX que se desarrollan los conocimientos y técnicas que la convirtieron en una intervención segura: la anestesia, la antisepsia, la asepsia y diversas técnicas quirúrgicas. Fueron estos avances los que pudieron evitar el dolor, las hemorragias y las infecciones que llevaban a la muerte a buena parte de las mujeres que se sometían a este tipo de cirugía. La antisepsia obstétrica, por cierto, introducida por Semmelweis hacia 1850, había reducido ya considerablemente la frecuencia de una de las principales causas de muerte materna: las fiebres puerperales.

La reducción de las infecciones maternas y la consolidación de la cesárea como un procedimiento seguro contribuyeron a acelerar un cambio médico y social fundamental: la institucionalización y profesionalización de la atención de los partos. A finales del siglo XIX, los nacimientos, que hasta entonces habían sido un evento casero manejado por mujeres y parteras, empiezan a constituirse en un suceso hospitalario controlado por médicos. A este cambio habrían de coadyuvar más adelante las transfusiones y los antibióticos.

Hacia la segunda mitad del siglo XX las cesáreas se incorporaron de manera definitiva al arsenal de la obstetricia, lo que produjo descensos importantes en la mortalidad materna y perinatal. En el ocaso del siglo, sin embargo, su número en los países de ingresos medios y altos se salió de control, y su mensaje, alguna vez heroico, empezó a transformarse en uno de desmesura.

\*

Los altos porcentajes de cesáreas podrían resultar aceptables en unidades que concentran embarazos de alto riesgo, pero en el ámbito nacional no hay ningún factor que pudiera justificar una cifra tan elevada de partos quirúrgicos.

Las causas de este inquietante fenómeno son muy diversas. Destacan dentro de ellas los intereses monetarios. Tanto los proveedores directos del servicio como los hospitales se benefician financieramente mucho más con una cesárea que con un parto vaginal y, lamentablemente, han actuado en consecuencia. En el prefacio al *Dilema del médico*, George Bernard Shaw, sin duda exagerando, se queja:<sup>9</sup>

No es culpa de nuestros médicos que los servicios de salud de la comunidad se hayan convertido en un absurdo criminal. Que una nación, habiendo observado que la oferta de pan se incrementa al otorgarle a los panaderos un interés pecuniario por producir pan para los demás, le haya otorgado un interés similar a los médicos por amputar piernas, es razón suficiente para desconfiar de la humanidad política. Pero eso es precisamente lo que hemos hecho. Y mientras más aparatosa la mutilación, mayor el pago que recibe el mutilador.

En esto influyeron durante mucho tiempo las compañías privadas de seguros, que cubrían las cesáreas pero no los partos vaginales. Las pacientes aseguradas, con tal de “evitar” los gastos de un parto normal, accedían sin reparos a la sugerencia de una cesárea por parte de sus obstetras. Esta situación, por fortuna, se modificó en México en años recientes y las aseguradoras ya cubren los gastos tanto de los partos quirúrgicos como de los normales.

La oferta de especialistas parece ser otra causa. La creciente disponibilidad de mejor tecnología quirúrgica resulta una “tentación” que los gineco-obstetras “no pueden resistir”, en contraste con los médicos generales y las parteras, que no están capacitados para hacer uso de ella.<sup>10</sup> Esta tecnología, además, es promocionada de manera muy agresiva por la industria.

Esta epidemia también está relacionada con la preferencia que por razones prácticas, de estatus o supuesta seguridad manifiestan sobre todo las mujeres de las clases media y alta por este procedimiento. Esta demanda con frecuencia se asocia a una falta de información y a una pobre participación de las madres en las decisiones relacionadas con sus embarazos, quienes desconocen que con un parto quirúrgico se exponen a un riesgo mayor de infecciones, hemorragias, daño a órganos abdominales y urinarios, y complicaciones relacionadas con la anestesia que, en conjunto, se expresan en una tasa de mortalidad de los partos por cesárea 100% mayor que la de los nacimientos vaginales. Los riesgos para el producto tampoco son menores: desórdenes placentarios, parto prematuro, problemas respiratorios y lesiones quirúrgicas, entre

otros. En fechas recientes se documentó también una mayor frecuencia de óbitos en los embarazos posteriores a cesáreas en primigestas.<sup>11</sup> Esto ha llevado a diversos grupos de consumidores a promover ya no tanto el “consentimiento informado” como lo que se ha denominado “elección informada”: una elección basada en la comprensión integral de todas las opciones y de sus posibles riesgos y beneficios.

A reserva de llevar a cabo investigaciones para conocer las causas precisas del incremento explosivo de las cesáreas en distintos contextos para eventualmente implantar políticas correctivas específicas, parece razonable pugnar por un descenso generalizado de este procedimiento. En nuestro país se cuenta por lo menos con el reporte de una experiencia en el Hospital Civil de Guadalajara que permitió disminuir el porcentaje de cesáreas de 28 a 13% en un lapso de cinco años.<sup>12</sup> Las medidas adoptadas no sólo no tuvieron consecuencias negativas sino que produjeron una disminución moderada de la mortalidad neonatal. En otros sitios se han obtenido resultados similares con la implantación de reglas tan simples como el requisito de una segunda opinión antes de realizar una cesárea, la definición precisa de las razones para llevarla a cabo y el monitoreo de los porcentajes individuales de partos quirúrgicos entre los obstetras de los hospitales.

\*

Para concluir, podemos afirmar, siguiendo a Havel, que en el espacio limitado de un quirófano, en un tiempo acotado, haciendo uso de unas cuantas figuras y artefactos, la cesárea, como puesta en escena, nos está di-

ciendo algo sobre el mundo y sobre la existencia humana.<sup>13</sup> En su exceso se constituye en un signo más de esa ciega voluntad de progreso cuyos beneficios con frecuencia han resultado contraproducentes. Utilizada con cautela, sin embargo, se convierte en un glorioso ejemplo de nuestra capacidad para equilibrar nuestros instintos prometeicos en beneficio de la humanidad.

## Referencias

1. Cerda H. Uno de cada cuatro niños nace por cesárea. El País 2001;30 de octubre:28.
2. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ 2002;324:892-895.
3. Martín JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: Final data for 2000. Natl Vital Stat Rep 2002;(5):1-101.
4. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. BMJ 1999;319:1397-1402.
5. Puentes E, Garrido-Latorre F, Gómez-Dantés O. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Publica Mex 2004;46(1):
6. Dubos R. Mirage of health. Utopias, progress and biological change. New York: Harper Colophon Books; 1979.
7. Thomas L. La ciencia: últimas preguntas. Vuelta 1982;6(62):4-7.
8. Chávez I. México en la cultura médica. México, DF: Fondo de Cultura Económica, Instituto Nacional de Salud Pública; 1987:141.
9. Shaw GB. The Doctor's Dilemma. London: Penguin Books; 1946.
10. Groopman J. A knife in the back. The New Yorker 2002;abril 8:66-73.
11. Smith G, Pell J, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet 2003;362:1779-1784.
12. Guzmán S. La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal: la gran pregunta. Ginecol Obstet Mex 1993;66:122-125.
13. Havel V. El teatro y la política. Nexos 1997;septiembre:49-51.