

# ACEPTABILIDAD DE LOS MÉDICOS/AS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL NIVEL DE LAS CESÁREAS EN HOSPITALES DE AMÉRICA LATINA<sup>1,2</sup>

SILVINA RAMOS<sup>3</sup>  
MARIANA ROMERO<sup>4</sup>

**E**l objetivo de esta presentación es reflexionar acerca de la complementación entre la investigación social y la investigación clínica. Estas reflexiones surgen de un estudio que presentaremos sucintamente para dar una idea del contexto donde se originaron y son el producto del trabajo de un equipo que retoma algunas de las líneas de investigación que ha desarrollado el área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES en los últimos años.

## JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

América latina es una de las regiones con mayor índice de cesáreas. La tendencia es creciente en casi todos los países de la región en los últimos quince años.

El estudio que presentamos es de naturaleza descriptiva y multicéntrica, y complementa el Estudio Latinoamericano de Cesáreas

1. El estudio ha recibido el apoyo del Programa Especial de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud.

2. El equipo de investigación está integrado por Silvina Ramos (CEDES, Argentina); Mariana Romero (CEDES, Argentina), Maria José Osis (CEMICAP, Brasil), Georgina Rojas (Hospital América Arias, Cuba), Sandra Saenz de Tejada (Guatemala), y Arachu Castro (The Population Council, México).

3. Coordinadora general del estudio social.

4. Coordinadora general del caso argentino.

(ELAC).<sup>5</sup> El ELAC se propuso, mediante la estrategia de la segunda opinión de otro profesional, reducir el nivel de cesáreas en un grupo seleccionado de hospitales de cinco países de la región (Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala y México). El diseño de este módulo clínico fue un ensayo clínico aleatorizado.

El objetivo general de nuestro estudio (“estudio social”) es producir información sobre:

- a) las opiniones de los médicos/as involucrados en el ELAC acerca de la operación cesárea y la estrategia de la segunda opinión, y
- b) las opiniones de las mujeres participantes del ELAC acerca de la cesárea y el parto vaginal y sus percepciones respecto de la calidad de la atención recibida.

El estudio social recupera el diseño del ensayo clínico aleatorizado, esto es, la comparación entre el grupo intervención y el grupo control, usando un diseño de pares apareados por las variables país, tipo de hospital y proporción de cesáreas sobre el total de partos.

Los sujetos del estudio social son: a) los médicos/as<sup>6</sup> que se desempeñan en los servicios de obstetricia de todos los hospitales que participan del ELAC en los cinco países seleccionados, tanto tratantes como consultores, y b) las mujeres que recibieron una segunda opinión

5. El ELAC está coordinado por las siguientes instituciones: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS); Escuela de Salud Pública; Universidad Libre de Bruselas; Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP); Dirección General XII de Ciencia, Investigación y Desarrollo, y Comisión Europea, Comunidad Europea.

6. Los criterios de inclusión de los/as profesionales participantes del estudio social siguen las pautas del ensayo clínico aleatorizado. En este sentido, el/la profesional tratante tiene las siguientes características: a) está capacitado legal y profesionalmente para actuar en forma independiente; b) está a cargo de la paciente en el lugar donde la cesárea se llevará a cabo; c) es el/la responsable de la indicación de la cesárea; d) es quien solicita la segunda opinión; e) es quien decide siempre la conducta a seguir. El/la profesional consultor tiene las siguientes características: a) es responsable de la segunda opinión; b) permanece con el consultante hasta el fin del trabajo de parto en casos de segunda opinión intraparto; c) tiene mayores o iguales calificaciones clínicas que el médico tratante; d) trabaja en el mismo hospital que el médico tratante; e) acepta las guías basadas en la mejor evidencia científica disponible provistas por el ELAC.

en los hospitales intervención y las mujeres cuyo parto terminó en cesárea en los hospitales control.<sup>7,8</sup>

Se incluyó el universo de los médicos/as, el cual comprende tanto a quienes tuvieron el rol de tratante como a aquellos que tuvieron el rol de consultor. En total se entrevistaron a 599 médicos/as. Con relación a las mujeres, se entrevistaron a aquellas atendidas en los hospitales intervención que recibieron una indicación de cesárea y fueron sujetas a una segunda opinión, independientemente de la forma de terminación del parto (vaginal o cesárea). En los hospitales control se incluyeron a las mujeres cuyo parto terminó en cesárea. El total de mujeres encuestadas fue de 3.619.

El estudio social aplicó dos técnicas de relevamiento de información: un cuestionario autoadministrado dirigido a los/as profesionales participantes, aplicado al mes siguiente de finalizada la intervención, y una encuesta aplicada a todas las mujeres que atendieron su parto durante el mes cinco de la intervención.<sup>9</sup> Los cuestionarios tuvieron la mayor parte de las preguntas cerradas y algunas abiertas. En todos los casos se solicitó la aceptación para participar del estudio mediante un consentimiento informado. Los cuestionarios fueron testeados en una prueba piloto en cada país.

Por el lado de los médicos, el cuestionario autoadministrado recogió información sobre los criterios prescriptivos, las razones del aumento de la cesárea, los riesgos de la operación cesárea *vis à vis* el parto vaginal, la evaluación de las estrategias más eficaces para reducir las cesáreas innecesarias, la evaluación de la eficacia de la segunda

7. La decisión de utilizar como control a las mujeres cuyo parto terminó en cesárea en los hospitales control se basa en el hecho de que, si estas mujeres se hubieran atendido en un hospital intervención, hubieran sido sujeto de una segunda opinión.

8. Los criterios de inclusión de las mujeres fueron: a) haber tenido su parto en los hospitales participantes del ELAC; b) haber sido sujetas de la segunda opinión (hospitales intervención) o haber tenido un parto terminado en cesárea (hospitales control). Los criterios de exclusión fueron: a) mujeres cuya cesárea se consideró de emergencia (metrorragia moderada o grave, procidencia de cordón, rotura uterina o cuadro clínico en el cual, según el médico tratante, esperar la segunda opinión sería deletéreo para la madre o el feto); b) mujeres que rechazaron la intervención del consultor, y c) mujeres cuyo hijo/a hubiera nacido muerto o se encontrara en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

9. La selección de esta población permitió, por un lado, una homogeneización temporal, controlando de esta manera el efecto de posibles cambios en la atención debido al desarrollo de la intervención y, a su vez, permitió obtener un número suficiente de casos para encarar el análisis global (intervención versus control).

opinión y la factibilidad de su replicación en servicios públicos y privados. Por el lado de las mujeres, la encuesta recogió información sobre las expectativas acerca del tipo de parto, sus reacciones frente a la segunda opinión, sus preferencias por tipo de parto, sus creencias sobre las ventajas y desventajas de la cesárea y el parto vaginal, sus opiniones sobre la calidad de la atención recibida, y la predisposición a regresar y/o recomendar el servicio.

Desde el punto de vista del estudio social, la comparación intervención-control servirá para probar o rechazar las dos hipótesis centrales del estudio, que a continuación se presentan.

Con relación a los médicos/as, la hipótesis plantea que la implementación de la segunda opinión modificará las opiniones de los/as profesionales respecto de la cesárea, y producirá cambios tanto en las indicaciones para las cesáreas electivas e intrapartos, como en la valoración de la prevalencia actual de este procedimiento quirúrgico y en la valoración de los riesgos asociados. Dado que la intervención se basa en la utilización de guías elaboradas con la evidencia científica disponible y en la revisión del caso junto con otro profesional para tomar la decisión de realizar una operación cesárea, es dable esperar que, como efecto de su exposición a este proceso, los/as profesionales modifiquen sus opiniones respecto de las variables arriba mencionadas.

Con relación a las mujeres, la hipótesis plantea que la implementación de la estrategia de la segunda opinión tendrá un efecto neutro o mejorará la satisfacción de las mujeres con la atención recibida. Las mujeres sujeto de una segunda opinión serán expuestas a un conjunto de procedimientos diferentes a los que se utilizaban rutinariamente en el hospital, lo que podría implicar la prolongación del tiempo de espera para la resolución del parto y/o la alteración de la interacción médico-paciente debido a la presencia de más de un profesional que opine sobre su parto, entre otros. Estos procedimientos pueden impactar positiva o negativamente en la calidad de la atención percibida; también pueden resultar neutros desde el punto de vista de las mujeres.

El estudio social tiene previsto dos tipos de análisis. Por un lado, un análisis global (sin distinción de país) de las encuestas a mujeres y a médicos/as, en el que se comparan intervención y control. Por otro lado, un análisis por país.

Para el análisis global, en el caso de las mujeres, se observará si existen diferencias dadas las variables sociodemográficas y de la historia reproductiva. En el caso de que se verifiquen estas diferencias, se controlará el efecto por estas variables. Este análisis servirá para complementar la información producida por el ELAC, en el sentido de explicar las posibles diferencias entre intervención y control.

Para el análisis por país se seguirá la misma estrategia que para el análisis global. Este análisis permitirá obtener un cuadro de situación sobre las opiniones acerca de la cesárea y el parto vaginal, tanto de mujeres como de médicos/as pertenecientes a contextos culturales diferentes. Adicionalmente, el análisis permitirá identificar diferencias entre países y, eventualmente, contribuir a la explicación de posibles diferencias de resultados de la intervención en los países participantes.

#### REFLEXIONES ACERCA DE LAS IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS

Las siguientes reflexiones están basadas en las discusiones mantenidas por el equipo en el proceso de diseño y ejecución del estudio social. Sin duda, el análisis de la información obtenida permitirá revisarlas, ajustarlas y seguramente generará nuevas ideas acerca de las implicancias de los resultados para el diseño de políticas.

Dado que nos encontramos iniciando el análisis de los datos, y en virtud del carácter de este seminario, quisiéramos compartir estas reflexiones para avanzar en la discusión acerca del grado de complementación y de autonomía relativa, deseable y posible, entre los puntos de vista de la investigación clínica y la investigación social. En esta línea, procuraremos reflexionar acerca de los aportes distintivos de las ciencias sociales que, a nuestro juicio, resultan particularmente útiles y relevantes para reformular (y mejorar) el diseño de intervenciones en el campo de la salud pública.

En primer lugar, cabe resaltar que las evaluaciones de intervenciones en este campo que han incorporado la perspectiva de los sujetos, y con ello las dimensiones sociales y culturales de la atención médica, han sido particularmente valiosas para orientar el diseño y la implementación de estrategias eficaces (Helitzer-Allen y Kendall, 1992; Pinto Días y Borges Días, 1993; Langer *et al.*, 1993; Scrimshaw, 1996; Bronfman *et al.*, 1998). Por otra parte, el análisis de las dimensiones sociales y culturales que afectan el proceso de salud/enfermedad/atención médica resulta imprescindible para identificar los factores obstaculizadores y facilitadores de la implementación de una nueva estrategia de intervención.

Precisamente nuestro estudio se inscribe en esa línea de trabajo, en la medida en que se propone complementar los resultados biomédicos producidos por el ensayo clínico con información acerca de la perspectiva de los distintos actores involucrados en la intervención (mujeres y médicos/as) y, a su vez, producir información descriptiva

sobre el “mundo cultural” que sirve de contexto y control para el análisis de estos resultados biomédicos.

En este sentido, el conocimiento producido tanto por el ensayo clínico como por el estudio social contribuirá a obtener un diagnóstico más comprehensivo de la eficacia de la intervención propuesta para reducir las cesáreas innecesarias, dimensión particularmente crítica para fundamentar la adopción de una determinada estrategia de intervención en el campo de la salud pública. Esta contribución se apoyará en dos elementos. Por un lado, el ensayo clínico evaluará la eficacia de la estrategia de la segunda opinión en términos de la disminución de la tasa de cesáreas y de la no modificación o el mejoramiento de los indicadores de morbilidad perinatal y materna. Estos indicadores son aquellos habitualmente utilizados para fundamentar la recomendación de la adopción de una práctica médica.

Por otro lado, el estudio social permitirá evaluar la eficacia de la intervención a través de otras dimensiones habitualmente no consideradas en los ensayos clínicos, como la satisfacción de las mujeres y la aceptabilidad de los médicos/as. Precisamente, la pertinencia y relevancia de estas dos dimensiones se sustenta en el conocimiento producido por las ciencias sociales en el campo de la salud/enfermedad. En el caso de nuestro estudio, dimensiones tales como las mencionadas son aportes distintivos de la mirada de las ciencias sociales que pueden contribuir a una evaluación más comprehensiva de una intervención y, con ello, hacer que las recomendaciones para el diseño de políticas resulten mejor adaptadas al contexto social y cultural en el cual se las pretende aplicar (Bronfman *et al.*, 2000).

Dentro del campo de las ciencias sociales, la consideración de variables como la satisfacción de la población con una intervención y su aceptación por parte de quienes deben ejecutarla no necesita mayores justificaciones. Sobrada evidencia existe acerca del impacto que las creencias y expectativas de la población sobre las cuestiones de salud/enfermedad y la percepción de la calidad de la atención recibida tienen en el *compliance* con determinada práctica e incluso en los resultados de las prácticas médicas. Para la investigación biomédica, orientada a la evaluación de nuevas prácticas en términos de resultados clínicos, estas “evidencias sociales y culturales” no siempre son suficientemente reconocidas.

Con relación a nuestro estudio y a su complementación con el ensayo clínico, ejemplificaremos las ideas anteriores en algunas observaciones puntuales. Por ejemplo, según lo propuesto por el protocolo del ELAC, la intervención resultará exitosa si reduce en un 25% la tasa de cesáreas, sin afectar negativamente la morbilidad y mortalidad

materna y perinatal. Desde la mirada de las ciencias sociales, estos resultados satisfactorios del ensayo clínico deberían estar acompañados de resultados satisfactorios también desde el punto de vista de las mujeres para que la intervención pueda ser considerada exitosa en el sentido de que resulte culturalmente apropiada. Por ello, se espera –y ésta es una de las hipótesis del estudio– que la intervención por lo menos no modifique o en su defecto mejore la calidad de la atención percibida por las mujeres. Asimismo, los posibles resultados satisfactorios del ensayo clínico deberían estar acompañados también de resultados satisfactorios desde el punto de vista de los médicos/as, en el sentido de que la intervención resulte recomendable y factible de ser replicada según el juicio de los/as profesionales involucrados.

Adicionalmente, el aporte del estudio social consistirá en la identificación del peso de diversos factores que, en médicos y mujeres, pueden estar afectando (positiva o negativamente) la eficacia clínica de la estrategia asistencial probada (Sakala, 1993).

El análisis de estas variables y su comparación entre el grupo intervención y control contribuirá a plantear hipótesis sobre los resultados obtenidos en la tasa de cesárea. Así, las dimensiones sociales y culturales incorporadas por el estudio social harán posible una evaluación de la intervención que supere la evaluación basada en los resultados biomédicos. Por ejemplo, si los resultados del ensayo clínico no fueran satisfactorios en cuanto a la reducción esperada de la tasa de cesáreas y, al mismo tiempo, el estudio social mostrara que los médicos/as consideran que la tasa actual de cesáreas en sus servicios es “cercana a lo necesario” (opción prevista en una de las preguntas del cuestionario), se podría concluir que los médicos/as no modifican sus prácticas habituales (a pesar de la segunda opinión y de las guías), dado que según su punto de vista, no “habría nada que cambiar” o en otras palabras “que la prevalencia actual de cesáreas es la necesaria”.

En caso de que los resultados de la intervención propuesta por el ELAC fueran exitosos, el estudio social podrá contribuir a dar cuenta del “contexto social y cultural” requerido para esperar que una replicación produzca resultados similares. Al mismo tiempo, si la intervención no resultara exitosa, el estudio social también podrá contribuir con algunas hipótesis para comprender las razones de estos resultados.

Finalmente, también queremos compartir algunas reflexiones respecto del aprendizaje que hemos tenido que cultivar como equipo para involucrarnos, por primera vez en nuestra trayectoria como científicas sociales en el campo de la salud/enfermedad, en un estudio de estas características. El contraste entre las consideraciones teóricas y

metodológicas de la investigación social y la investigación clínica fue claro en algunas situaciones a nuestro entender paradigmáticas. Dos de estas situaciones merecen ser destacadas como ejemplo.

En primer lugar, nuestra objeción para asumir como válidos algunos de los supuestos metodológicos del diseño del ensayo clínico aleatorizado. En particular, aquel que considera que el proceso de aleatorización aplicado dentro de cada par de hospitales (utilizando como variables de apareamiento el país, el porcentaje de cesáreas y el tipo de institución) “garantizaría” la distribución similar de los sujetos participantes del estudio en términos de sus características de *background* (social y cultural). Según la perspectiva del ensayo clínico, variables como la edad, la historia reproductiva, las percepciones acerca de la calidad, entre otras, deberían distribuirse de manera aleatoria y, con ello, las posibles diferencias entre subpoblaciones (léase mujeres de diferentes países y de diferentes hospitales) quedarían anuladas. Desde nuestro punto de vista, no podía presuponerse que la aleatorización de los hospitales “homogeneizara” las subpoblaciones de usuarias de los hospitales/ países involucrados. Por lo tanto, consideramos necesario para nuestro estudio relevar información sobre esas variables, de modo de poder controlar la diferencia o no diferencia en la satisfacción y poder atribuir estos resultados efectivamente a la intervención (y no a las variables de *background*).

En segundo lugar, hemos identificado otro contraste derivado de la apreciación diferente que el ensayo clínico y nuestro estudio tenían acerca de la necesidad de realizar un análisis por país, independiente del análisis global. Nuestro punto de vista indicaba que, dado que cada país representa un universo cultural diferente (incluso siendo conscientes de la relativa simpleza que esta hipótesis supone al asumir un país como una sola unidad cultural), el análisis por país resultaba inexcusable, cualesquiera fueran los resultados globales obtenidos en el ensayo clínico. En este sentido, también pensábamos que las recomendaciones para replicar esta intervención no deberían ser ajenas a la consideración de las particularidades culturales de las mujeres beneficiarias. Por ello, consideramos necesario para nuestro estudio definir un tamaño muestral que hiciera posible la comparación entre intervención y control dentro de cada país.

El aprendizaje realizado ha significado para nosotras más desafíos que los que en estas notas hemos podido reflejar con la claridad de la que disponemos en esta etapa del proyecto. El desarrollo del estudio social ha implicado discusiones con el equipo responsable del ensayo clínico e incluso dentro de nuestro propio equipo acerca de los modelos epistemológicos y teóricos que cada cual asume. Pero también ha



dado cuenta de la importancia de cuestiones tales como las relaciones de poder y las “reglas de etiqueta” que enmarcan las praxis de investigación científica en las diversas disciplinas que han confluído en este emprendimiento y del impacto de la condición de género en la apreciación de algunos problemas. Como es de imaginar, cada una de estas cuestiones podría estimular nuevas reflexiones, las que probablemente estaremos en condiciones de escribir una vez que esta experiencia de trabajo colaborativo haya concluido y podamos tomar la distancia suficiente para mirarla con otros ojos.

Para finalizar resta resaltar que, a nuestro juicio, estos dos estudios no sólo han significado aprendizajes compartidos sino que también han confirmado la necesidad de reforzar el trabajo colaborativo entre investigadores clínicos e investigadores sociales para abarcar la complejidad de los procesos involucrados en el cambio de prácticas en la atención médica y con ello aportar a la solución de los problemas de la salud pública de una manera más eficaz.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bronfman, M. *et al.*: “Control and Prevention of Teniasis and Cysticercosis in Rural Areas of Mexico”, mimeo, México D. F., 1998.
- Bronfman, M.; Langer, A. y Trostle, J.: *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México D. F., Instituto Nacional de Salud Pública y Manual Moderno, 2000.
- Helitzer-Allen, D. y Kendall, C.: “Explaining Differences between Qualitative and Quantitative Data: A Study of Chemoprophylaxis during Pregnancy”, en *Health Educational Quarterly*, vol. 19(1), 1992.
- Langer, A. *et al.*: “El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido”, en *Revista de Investigación Clínica* 45, 1993.
- Pinto Días, J. C. y Borges Días, R.: “La necesidad de investigación social y económica para las acciones de control de las enfermedades tropicales”, en Briceño, L. y Pinto Días, J. C. (comps.), *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*, Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, 1993.
- Sakala, C.: “Medically Unnecessary Caesarean Section Births: Introduction to a Symposium”, en *Social Sciences and Medicine* 10, 1993.
- Scrimshaw, S.: “Usos de métodos cualitativos en la evaluación y en el diagnóstico rápido (RAP)”, en García Núñez, J.; Gogna, M. y Ramos, S. (comps.), *Complementación de enfoques cuantitativo y cualitativo. Evaluación-investigación de programas y proyectos de población y salud reproductiva: hacia una propuesta de estrategias y líneas programáticas*, Santiago de Chile, UNFPA-CEDES, 1996.