

Aproximación ética y racional de la operación cesárea

Ethical approach to the practice of cesarean section

Martha Eugenia Sañudo Velázquez

Licenciada en Teología, Maestra en Filosofía y Doctora en Ética por la Universidad de Lovaina, Bélgica.
Posdoctorado en Comportamiento Organizacional por la Universidad de Tulane, Estados Unidos.
Profesora titular del Departamento de Filosofía y Ética del Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey
msanudo@itesm.mx

José Carlos Vázquez Parra

Licenciado en Derecho, Licenciado en Psicología y Maestro en Educación por la Universidad del Valle de Atemajac, Campus Guadalajara, México.
Doctor en Estudios Humanísticos por el Tecnológico de Monterrey
Profesor del Departamento de Formación Humanística y Ciudadana, Tecnológico de Monterrey, Campus Guadalajara
jvazquezp@itesm.mx

RESUMEN

En los últimos años el aumento progresivo y acelerado de partos que se resuelven por medio de una operación cesárea ha alertado a los investigadores de la salud pública. Sin embargo, es evidente que ningún estudio ha revelado una explicación exhaustiva de este fenómeno. El presente artículo plantea, por medio de una reflexión racional, que existen errores epistemológicos que afectan la percepción que se tiene sobre la práctica de la operación cesárea. Este texto considera que la evaluación de riesgo al momento de preferir una cesárea en lugar de un parto por vía vaginal puede verse afectada por sesgos cognitivos o anclajes culturales, determinando a su vez y la ética de la toma de decisiones del médico y de la futura madre.

Palabras clave: ética, racionalidad, cesárea, sesgos cognitivos.

ABSTRACT

In recent years, the accelerated increase of births that are resolved through a cesarean section have alerted public health researchers. However, it is notorious that no one study has revealed a full explanation of this phenomenon. This article argues, through a rational reflection, that there are epistemological errors affecting the perception that people have about the practice of cesarean section. This text considers that the risk assessment when somebody prefer a cesarean section rather than a vaginal births could be affected by cognitive biases or cultural anchors of the medic or the pregnant woman.

Keywords: ethics, rationality, caesarean section, cognitive biases.

I. Introducción

La evaluación de riesgos es una parte esencial dentro de la filosofía de la acción y el análisis comportamental humano, especialmente en el terreno de la toma de decisiones. Para las organizaciones de salud, la evaluación de riesgos tiene una especial importancia, ya que usualmente las decisiones que se toman en dicho ámbito conllevan una dimensión de vida o muerte. En los últimos años, las investigaciones que se enfocan en el análisis de riesgos de la toma de decisiones en el sector salud han hecho mucho hincapié en aquellos procedimientos que debiesen ejercerse únicamente ante la imposibilidad de procesos alternos, como es el caso específico de la operación cesárea (OC).

Con base en el documento de la Secretaría de Salud, *Cesárea Segura: Lineamientos Técnicos (2002)*, se entiende por operación cesárea “La intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina”. De igual manera, este documento nos señala una veintena de causas fundamentales, divididas en tres secciones (causas maternas, causas fetales y causas mixtas), por las que se debe justificar la indicación para realizar una operación cesárea, esperando que los médicos se apeguen a ellas y de tal forma evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Sin embargo, como lo ha señalado el Secretario de Salud mexicano José Ángel Córdova Villalobos, en México casi el 80% de los nacimientos en hospitales privados se llevan a cabo bajo “cesáreas innecesarias”, estadística que no supera por mucho a las instituciones públicas, pero que sí

resulta alarmante, cuando se compara con países desarrollados donde la OC no sobrepasa el 20% de los partos (Valadez, 2011).

Este aumento progresivo y acelerado de partos que se resuelven por medio de una OC, ha alertado desde hace algún tiempo a la opinión pública y médica, pues no se considera adecuado que una intervención quirúrgica indicada como alternativa de último recurso, termine siendo utilizada tan o más frecuentemente que el procedimiento original y natural, y más si esto no significa algún beneficio adicional tanto para la madre como para los niños al nacer (Besio, 1999).

Por ello, el presente artículo plantea la necesidad de hacer una reflexión acerca del uso y abuso de la OC en México, considerando que la evaluación de riesgo que conlleva la toma de decisiones del médico y la futura madre, puede estar relacionada con la generación de una exagerada confianza en este procedimiento quirúrgico sobre el parto vaginal. De esta manera, se propone que esta distorsionada creencia llegue a contribuir a una explicación de la alta incidencia del uso de la OC en países latinoamericanos como México.

Las consecuencias morales de esta evaluación sesgada del riesgo son variadas: en este artículo destacaremos únicamente a dos y de distinta índole. Una consecuencia moral tiene que ver con la desacertada distribución de recursos públicos escasos; dado que estas operaciones quirúrgicas innecesarias gastan recursos que podrían alocarse de manera más eficiente, incurriendo en una injusticia social. La segunda consecuencia moral es más cualitativa que cuantitativa, puesto que involucra la relación entre médico y futura madre; esta relación se ve constreñida una vez

que las preferencias de la futura madre sobre el tipo de parto que desea tener, se percibe como un lujo u oropel que puede fácilmente soslayarse frente a la supuesta evidencia científica de los beneficios de evadir el riesgo de un parto natural y optar por una OC.

II. El aumento de la incidencia de operaciones cesáreas en México

En los últimos 30 años la realización de la OC ha tenido un aumento progresivo a nivel mundial. América Latina supera con creces el porcentaje de incidencia en el uso de la operación cesárea, siendo México uno de los países que tiene la tasa más alta. Según la Encuesta Nacional de Salud 2000 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (SSA, 2012), el porcentaje total de nacimientos por cesárea reportados durante el periodo 2000-2012 ha aumentado del 30% al 45%, de los cuales más de la mitad eran procedimientos programados y la mayoría eran procedimientos innecesarios (Royacelli, 2013).

En el año 2001 *Newsweek International* publicó un artículo señalando que la ciudad de Monterrey (México) tenía la mayor tasa de cesáreas en el mundo (Zarembo, 2001), lo cual ocasionó la necesidad de un diálogo entre las instituciones de salud de esa ciudad. Sin embargo, parece ser que la reflexión alcanzada no fue suficiente, pues al examinar los datos nacionales de 2006, Nuevo León continuaba siendo el estado con mayor incidencia de este procedimiento quirúrgico, reportando que más del 50% de los partos en hospitales públicos de su zona metropolitana y cerca del 73% en instituciones privadas se daban por medio de la OC (Gómez-Dantés, 2004).

Estas alarmantes cifras resultan preocupantes para los organismos de salud, pues aunque la OC ha beneficiado considerablemente la calidad de la práctica de la obstetricia, su uso debe ser constantemente objeto de examinación, pues en la mayoría de los casos, sin tener una razón plenamente justificable, no se debe llevar a cabo ninguna operación quirúrgica (Lilford *et al.*, 1990; Hansen *et al.*, 2008).

Aunque es evidente que ningún estudio puede revelar una explicación exhaustiva y objetivamente válida del porqué de esta notable situación en México y específicamente en Monterrey (Sañudo & Melo 2009), nuestra propuesta es que existe un error epistemológico común en la adopción de juicios científicos. El error consiste en creer que los juicios científicos son juicios sobre “hechos”, y que estos hechos pueden ser objetivamente estudiados independientemente de todos los “valores” posibles que todo juicio –científico o de otra índole- trae consigo. Una creencia es que los médicos dejan de lado lo que consideran valores subjetivos (por ejemplo: las preferencias de la madre) o bien, aquellas consecuencias secundarias indeseables de la OC, al estimar que estas situaciones son aisladas y estadísticamente poco significativas.

De tal forma, los médicos avanzan motivados por la alta incidencia de la OC, aportando a la generación de nuevas y distorsionadas creencias sobre la evaluación de riesgo del ejercicio de la misma y justificando así que otros prestadores de salud prefieran, de la misma manera, llevar a cabo este procedimiento quirúrgico sobre la opción del parto por vía vaginal. Por ello, es necesario reflexionar sobre este error epistémico, valorando el riesgo real que rodea al parto por

OC y no simplemente las creencias, posiblemente sesgadas, que se tienen sobre el tema.

III. Evaluación de riesgo de la operación cesárea (OC)

En la actualidad existen numerosos estudios académicos que detallan el incremento de cesáreas desde 1980 hasta ahora; textos que van desde la descripción de los indicadores socio económicos (Puentes *et al.* 2004; Márquez Calderón *et al.* 2011), los mapeos geográficos que mencionan la casi pandemia de cesáreas en los países en vías de desarrollo (Ronsmans *et al.*, 2006; Barros *et al.* 1991; Rizo, 2009), hasta estudios económicos sugiriendo el posible uso indebido de los recursos limitados de los sistemas de salud pública por intervenciones quirúrgicas innecesarias (Finkler *et al.*, 1991; Keeler & Brodie, 1993; Cai *et al.*, 1998). Inclusive, existen planteamientos que relacionan el apego a ciertas creencias, como el uso excesivo de la tecnología, con ideales de calidad médica (Béhague *et al.*, 2002), situación que conlleva a que muchas mujeres y médicos de Latinoamérica perciban que a mayor uso de mecanismos tecnológicos, se tiene una atención de salud de mayor calidad.

Sin embargo, los artículos sobre metodologías médicas para la evaluación de riesgos a fin de escoger el método adecuado de nacimiento (ya sea para madres o doctores) son escasos, y los que hay se enfocan específicamente en el proceso de la toma de decisiones (Lyerly *et al.*, 2007), considerando que la valoración del médico se debe exclusivamente a los factores irregulares que rodean el periodo de gestación, lo que no explica el porqué ante un embarazo regular y sin complicaciones, los médicos prefieran el uso de un parto por OC.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de reflexionar acerca de los supuestos que llevan a los médicos a preferir una cirugía obstétrica frente a otras opciones, considerando que la falta de claridad en la percepción del riesgo entre ambas alternativas (parto por vía vaginal o por operación cesárea) pudiera ser un factor determinante al momento de tomar una decisión. Angeja y colaboradores (2006) resumen bien la lista de los riesgos médicos en torno a los partos vaginales y por OC que se encuentran presentes en la literatura, citando varios estudios hechos por Minkoff y colaboradores (2003), Landon y colaboradores (2004), y Handa y colaboradores (2004):

Los riesgos de una cesárea incluyen todas las complicaciones potenciales de una falla, las complicaciones posoperación y la posible muerte de la madre, aunque cabe señalar que los números asociados con estos riesgos dependen considerablemente de las circunstancias que rodean la cirugía y los cuidados posteriores de la madre y su hijo. A pesar de los riesgos potenciales, la elección de una cesárea puede ofrecer algunos beneficios substanciales. Una cesárea electiva sin duda puede evitar los peligros de una cesárea de emergencia, y puede proteger el piso pélvico de los posibles estragos de un parto vaginal, reduciendo la posibilidad de incontinencia y caída de los órganos cerca de la pelvis. Una cesárea electiva puede también evitar ciertos riesgos neonatales de un parto vaginal incluyendo distocias del hombro, exposición a una infección durante el parto, lesiones intracraneales, así como la exposición al embarazo prolongado.

Esta cita es representativa de las maneras en que el riesgo es discutido en la literatura médica, es decir, enlistando los posibles beneficios y posibles daños para ambas situaciones, parto vaginal o por OC, independientemente de cualquier otra consideración social. Adicionalmente a esta cita, se pueden agregar otras observaciones que se enfocan en señalar que la operación cesárea no debe valorarse ni como la mejor alternativa, ni tampoco como la más segura, pues desde el punto de vista clínico, ésta puede traer consigo diversas complicaciones que el parto por vía vaginal no conlleva, como por ejemplo; el debilitamiento del organismo de la madre para próximos partos, la dificultad para alimentar al recién nacido, el aumento de la mortalidad neonatal y materna, así como por supuesto, el aumento del costo económico del parto (Campero *et al.*, 2007).

La decisión de realizar una OC debe considerar todas las alternativas que se tienen de alumbramiento, así como las características, beneficios y riesgos de cada opción. Sin embargo, parece ser que la decisión médica de llevar a cabo una OC no siempre se toma con base en la información objetiva que se tiene, sino más bien a partir de creencias o ideas que no necesariamente son óptimas, o bien, al dejarse llevar por el uso cada día más cotidiano de este procedimiento quirúrgico, la comodidad de la intervención programada o la aceptación de esta operación que culturalmente se viene arraigando en las futuras madres de la actualidad.

IV. Los sesgos cognitivos en la práctica de la operación cesárea

En lo que se ha explicado hasta este momento, podemos señalar que la percepción que tienen

los médicos, e incluso las futuras madres, sobre la OC puede resultar determinante para explicar el aumento acelerado de esta práctica quirúrgica en ciertos países. Sin embargo, esta nueva perspectiva nos obliga a poner especial atención en las creencias que se tienen sobre la OC, pues éstas resultan determinantes en la evaluación de riesgos al momento de tomar decisiones.

Es necesario considerar los posibles sesgos cognitivos que pueden estar presentes en la percepción de los médicos y de las futuras madres al momento de elegir un procedimiento quirúrgico sobre el parto por vía vaginal, sesgos que pueden afectar tanto la elaboración de información, su intercambio e inclusive la relación misma entre la mujer y el prestador de servicios de salud. Por ello, es sin duda pertinente analizar si la tendencia a optar por una operación cesárea se encuentra realmente sustentada en evidencia óptima, y no simplemente en información incompleta o carente de una fundamentación válida.

Según Banaji (2003) los médicos deben evitar ser influenciados por el contexto, tanto clínico, social o administrativo que rodea su labor, así como a cada uno de sus pacientes, buscando que la decisión que se tome se apegue, dentro de lo posible, a una valoración objetiva, evitando tomar una decisión irracional.

Para este fin es necesario reflexionar sobre los cuatro sesgos cognitivos más usuales que pueden estar alterando la percepción de riesgo del ejercicio de la operación cesárea:

- 1) *La elaboración de la información* (Tversky & Kahneman, 1981). En este punto es necesario que nos cuestionemos

en dos sentidos; desde el punto de vista médico es importante analizar la preparación que están recibiendo los futuros profesionistas de la salud durante su proceso de formación, pues la práctica médica conlleva la necesidad de técnicas cognitivas que vayan más allá de la teoría que se puede rescatar de los libros de Medicina. En la actualidad, un médico se enfrenta a constantes disyuntivas que le obligan a tomar decisiones cada vez más elaboradas y que en muchas ocasiones traen consigo dilemas éticos ante los que debe responder de manera objetiva. En cuanto a las futuras madres no podemos evitar el considerar que una mujer embarazada se encuentra en un estado que no siempre le permite hacer una reflexión exhaustiva de sus decisiones, y que considerando que lo que está en juego es su salud y la de su futuro hijo, existe un grave riesgo de ser influenciada por la emotividad de la situación. Muchas mujeres prefieren la operación cesárea porque les han hecho creer que ésta es más segura. Cualquiera que sea el caso, el médico debe buscar que la madre elabore su opinión de la manera más certera, evitando con ello un posible conflicto de intereses a causa de un mal manejo de la información o creencias erróneas y sesgadas sobre las alternativas de alumbramiento.

2) *Disponibilidad de información* (Bazerman, 1992). Uno de los sesgos más comunes que pueden darse en la toma de decisiones tiene referencia con la cantidad y la calidad de la información a la que se puede disponer al

momento de tomar una decisión. En este aspecto, tanto el médico como la futura madre, deben estructurar un vínculo de confianza en el que fluyan adecuadamente todas las dudas y la información que se tiene en torno al parto, esto con el fin de que el médico pueda tomar la decisión que considere más adecuada y que la mujer se sienta a gusto con la misma (Johanson & Lucking, 2001).

3) *Exceso de confianza* (Fischhoff *et al.*, 1977). Entre médico y paciente debe buscarse una relación simétrica y armoniosa en la que la decisión no se vea influida por tendencias o subjetividades de alguna de las partes. Aunque el médico debe tener el control de la situación en todo momento por ser un procedimiento de salud, éste debe estar abierto a la opinión de la futura madre, evitando imponer creencias, juicios u opiniones que hagan que ésta se sienta inferior o ignorada (Taylor & Brown, 1988, Campero *et al.*, 1998).

4) *Anclajes cognitivos*. Este sesgo cognitivo consiste en mostrar que la gente desarrolla estimados a partir de un anclaje original, basado en información que se ha otorgado, que está a la disposición o que se toma como conocimiento común aceptado al inicio del juicio; esto hace que el juicio final se ajuste en referencia al anclaje inicial (Bazerman, 1986). El anclaje podría explicar la preferencia que se tiene en la actualidad hacia la operación cesárea, la cual cada vez se acepta como un procedimiento ordinario, y parece formar parte de la nueva cultura

de alumbramiento. Cabe señalar que un anclaje es la inserción en la vida de los grupos de una representación que se relaciona con algunas funciones cognitivas y que se fortalece a partir de las relaciones sociales (Doise, 1993; Moscovici, 1979; Rodríguez 2002). Hace unas décadas, el hablar de operación cesárea era algo casi exclusivo de los médicos, mas hoy en día es cada vez más común que las futuras madres acudan y soliciten el alumbramiento por dicho procedimiento, por ello los médicos deben evitar el anclaje y dar toda la información objetiva a sus pacientes para evitar que éstas hagan lo mismo.

Estos sesgos pueden ser estudiados y determinados empíricamente, de manera que se pueden proponer estrategias personales e institucionales como ciertos protocolos, con el fin de reducir la influencia de dichos sesgos cognitivos. La ignorancia de este tipo de errores epistémicos puede influir claramente en la toma de decisiones médicas, afectando el vínculo con el paciente, o como se ve en este caso específico, elevando tendenciosamente la práctica de cierto procedimiento quirúrgico sobre otros medios más óptimos.

V. Consideraciones finales

No cabe duda de que los conocimientos médicos han avanzado de una manera acelerada en los últimos años; sin embargo, con todas estas nuevas posibilidades que se abren tanto a los médicos como a los pacientes, para hacer que sus servicios de salud se apeguen de una mejor manera a sus necesidades, también se trae consigo la

obligación de una mayor responsabilidad sobre las elecciones y decisiones que deben tomarse por ambas partes.

La evaluación de riesgos debe ser una parte fundamental de toda reflexión que se relaciona con los servicios de salud, sobre todo cuando la práctica a realizarse está dentro de los llamados procedimientos innecesarios, o bien, no suelen ser la primera opción, como es el caso del parto por medio de la OC.

Como se ha buscado señalar en el presente artículo, la práctica de la OC desde un sentido oficial debería de ser una decisión que tomara exclusivamente el médico, quien valorando la realidad objetiva del parto, dispusiera cuál es el procedimiento médico más adecuado para la salud y el bienestar de la madre y su futuro hijo. Sin embargo, en la actualidad, la decisión de llevar a cabo una OC es puesta también a consideración del paciente, poniendo una especial atención en el vínculo del profesionista de la salud con la futura madre, obligando a que la decisión a tomar deba traer consigo un proceso mucho más exhaustivo de análisis, el mismo que garantice que ambos individuos están procediendo a partir de una estructuración cognitiva óptima.

Por ello, es necesario reconocer que existen muchos elementos y sesgos que hoy en día pueden desempeñar un papel fundamental en la evaluación de riesgos de la toma de decisiones médicas, por lo que los médicos deben tender a aceptar y reflexionar sobre esta realidad, evitando anclajes y errores epistémicos que afecten la toma de sus decisiones.

VI. Referencias bibliográficas

- Angeja, A. C., Washington, R., Gómez, I., & Caughey, A. (2006). Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(11), 1253-1258.
- Banaji, M., Bazerman, M., & Chugh, D. (2003). How 8Un)ethical are you? *Harvard Business Review*, 89-115.
- Bazerman, M., & Neale, M. (1992). *Negociación racional*. Ney York: Simon & Schuster INC.
- Béhague, D. (2002). Más allá de la simple economía de parto por cesárea: la resistencia de la mujer a la desigualdad social. *Culture, Medicine an Psychiatry*, 26(4), 473-507.
- Besio, M. (1999). Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. *Revista médica de Chile*, 127(9).
- Cai, W., Marks, J., Chen, C., Morris, L., & Harris, J. (1998). El aumento de la tasa de cesárea y de patrones emergentes de Seguro de Salud en Shanghai, China. *American Journal of Public Health*, 88(5), 777-780.
- Campero, L., García, C., Ortiz, S., & Langer, A. (1998). Estudio cualitativo sobre el apoyo social durante el parto y el parto en México. *Social Scienc & Medicine* (47), 395-403.
- Campero, L., Hernández, B., Leyva, A., Estrada, F., Osborne, J., & Morales, S. (2007). Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. *Salud Pública*, 49(2), 67-82.
- Doise, W. (1993). Debating social representations. En G. Breakwell, & D. Canter, *Empirical Approaches to Social Representations* (págs. 112-146). Oxford: Oxford University Press.
- Finkler, Merton, D., & Wirtschafter, D. (1991). Costo-eficacia y los servicios de obstetricia. *Medical Care*, 29(10), 951-963.
- Fischhoff, B., Slovic, P., & Liechtenstein, S. (1997). Saber con certeza: la idoneidad de extrema confianza. *Journal of Experimental Psychology* (3), 552-564.
- Gómez-Dantés, O. (2004). ¿Cómo detener la epidemia de casáreas? *Salud Pública de México*, 46(1), 71-74.
- Handa, V., Harvey, L., Fox, H., & Kjerulff, K. (2004). Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? *Am J Obstet Gynecol* (191), 463-469.
- Hansen, A., Kirsten, W., & Uldbjerg, N. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *British Medical Journal* (336), 85-87.
- Johanson, R., & Lucking, L. (2001). Medicina basada en evidencia de obstetricia. *Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia*, 72(2), 179-185.
- Keeler, E., & Mollyann, B. (1993). Incentivos económicos en la elección entre parto vaginal y cesárea. *The Milbank Quarterly*, 71(3), 365-404.
- Landon, M., Haulth, J., Leveno, K., Spong, C., Leindecker, S., & Varner, M. (2004). Maternal

- and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *New England Journal of Medicine* (351), 2581-2589.
- Lilford, R., Moore, P., & Bingham, P. (1990). Los riesgos relativos de la cesárea y parto vaginal: un análisis detallado para excluir los efectos de los trastornos médicos y otros trastornos fisiológicos existentes. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology* (97), 883-892.
- Lyerly, A., Mitchell, L., Armstrong, M., Harris, L., Kukla, R., & Kuppermann, M. (2007). Los riesgos, valores y toma de decisiones del embarazo. *Obstetrics & Gynecology*, 109 (4), 979-984.
- Márquez, S., Ruiz, M., Juárez, S., & Librero, J. (2011). Frecuencia de la cesárea en Andalucía. Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 16(2), 205-215.
- Minkoff, H., & Chervenak, F. (2003). Cesárea electiva primaria. *New England Journal of Medicine* (348), 946-950.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis. Su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Puentes, E., Gómez, O., & Garrido, F. (2004). Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública de México*, 46(1), 16-22.
- Rizo, A. (2009). Partos atendidos por cesárea: análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud de Colombia. *Revista Escuela de Administración de Negocios* (67), 59-73.
- Rodríguez, O., Buendía, M., Aguilera, A., & Romero, H. (2002). Representación social de la democracia: un estudio de anclaje. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial* (2), 151-170.
- Ronsmans, C., Holtz, C., & Stanton. (2006). Las diferencias socioeconómicas en las tasas de cesárea en los países en desarrollo: Un análisis retrospectivo. *Lancet* (368), 1516-1523.
- Royacelli, G. (23 de Enero de 2013). México, primer lugar en cesáreas. *El Universal*.
- Sañudo, M., & Melo-Martín, I. (2009). Monterrey, capital de la sección C de México: análisis de las dimensiones éticas. *Aproximaciones a la bioética feminista*, 2(1), 148-164.
- Secretaría de Salud. (2002). *Cesárea Segura: Lineamientos Técnicos*. México: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Obtenido de: <http://ensanut.insp.mx/>
- Taylor, S., & Brown, J. (1988). Ilusión y el bienestar: una perspectiva psicosocial asocial. *Psychological Bulletin* (103), 193-210.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). La elaboración de decisiones y la psicología de la elección. *La Ciencia* (40), 453-463.

Valadez, B. (07 de Septiembre de 2011). 80 por ciento de cesáreas en hospitales privados son innecesarias: SSA. *Milenio*. Recuperado de: <http://www.periodicovanguardia.mx/estilo-de-vida/mujer/1508-80-por-ciento-de-cesareas-en-hospitales-privados-son-innecesarias-ssa>

Zarembo, A. (2001). El nuevo trabajo de América. *Newsweek International* (Marzo), 78.