

PREFERENCIA POR VÍA DE PARTO Y RAZONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN MUJERES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE.

Preference for mode of birth and reasons for caesarean section in women from the Metropolitan Region of Chile

Michelle Sadler^{1,2} | Gonzalo Leiva³ | Antonia Perelló⁴ | Josefina Schorr⁴

1 Departamento de Historia y Ciencias Sociales, Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez, Chile | 2 Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili, España | 3 División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile | 4 Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile

✉ Michelle Sadler; michelle.sadler@uai.cl

Resumen

Propósito: En el marco del proyecto de investigación FONIS SA13I20259 titulado “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea”, se aplicó una encuesta que se propuso indagar en la preferencia de vía de parto y las características de las cesáreas vividas por mujeres. **Material y método:** Se aplicó una encuesta telefónica y presencial a 396 mujeres de la Región Metropolitana que hubieran vivido al menos una cesárea entre los años 2004 y 2014, de los sistemas de salud público y privado. **Resultados:** El 38% de las cesáreas ocurridas en el primer parto de las mujeres fueron programadas, de las cuales el 63% ocurrió durante el término temprano de la gestación. El 25,5% de las segundas cesáreas, y la totalidad de las terceras y cuartas, ocurrió debido a cicatriz de cesárea anterior, representando en estos tres grupos la principal causa de la intervención. El 6,6% de las primeras cesáreas y 9,9% de las segundas ocurrió por solicitud materna. El 80,1% de las mujeres prefería la vía vaginal antes de sus partos, cifra que bajó a 68,9% después de los mismos. **Conclusiones:** En los esfuerzos por reducir la tasa de cesáreas, se deben revisar prácticas como la alta programación de cesáreas y cesárea por repetición, fortaleciendo el inicio espontáneo del trabajo de parto y la prueba de trabajo de parto en los casos que lo permitan. Los profesionales de salud tienen la responsabilidad de entregar información basada en la evidencia y colaborar a que las mujeres disminuyan su temor hacia el parto vaginal.

Palabras clave

Parto; cesárea; cesárea repetida; preferencia del consumidor; seguro de salud

Abstract

Purpose: As part of the FONIS research project SA13I20259 titled “Perceptions and practices on cesarean section”, a survey was carried out to inquire about the preference

of mode of birth and the characteristics of the cesarean sections experienced by women. **Material and method:** A telephone and face-to-face survey was applied to 396 women from the Metropolitan Region who had lived at least one cesarean section between the years 2004 and 2014, from the public and private health systems. **Results:** 38% of the cesarean sections which occurred during the first delivery of the women were programmed, of which 63% occurred during the early term of pregnancy. 25,5% of the second cesareans, and all of the third and fourth, occurred due to a previous cesarean scar, representing in these three groups the main cause of the intervention. 6,6 % of the first cesareans and 9,9 % of the second were due to maternal request. 80,1 % of the women preferred vaginal delivery before their births, figure that fell to 68,9% after their birth experiences. **Conclusions:** In the efforts to reduce the rate of cesarean sections, practices such as the high number of programmed cesareans and cesareans by repetition should be reviewed, strengthening the spontaneous onset of labor and the trial of labour in cases where it is possible. Health professionals are responsible for delivering evidence-based information and helping women reduce their fear of vaginal delivery.

Key words

Childbirth; cesarean section; repeat cesarean section; consumer preference; health insurance

I Introducción

En las últimas décadas, los organismos de salud y asociaciones de profesionales vinculados a la atención materna y neonatal han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea, en especial en países de ingresos medios y altos. En una declaración sobre las tasas de cesáreas en 2015, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) fue enfática en plantear que dicha intervención es eficaz para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando es necesaria por motivos médicos, y que a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal (1). Sin dudar de que se trata de una intervención que puede salvar muchas vidas, es a la vez una cirugía asociada a riesgos para las madres y recién nacidos a corto y largo plazo (2-10), y con excesivos costos para los sistemas de salud (11).

Latinoamérica y el Caribe constituyen la región con las tasas de cesárea más altas del mundo, y donde dicha intervención ha presentado el mayor aumento en las últimas décadas; entre 1990 y 2014 en la región se pasó de un 22,8% a un 42,2% (12). Chile es de los países que lidera esta tendencia, con un 51% de cesáreas en el año 2015 (13). Entre 2000-2015 dicha cirugía aumentó de 60,4% a 69% en el sector privado, y de 30,4% a 40,9% en el sector público, en el contexto del aumento sostenido de la atención privada del nacimiento en las últimas décadas, que creció de un 21% a un 32% en el mismo periodo de tiempo (13).

Las razones para el aumento de cesáreas son multifactoriales: en la literatura se mencionan características maternas como el aumento de la edad del primer embarazo y de la prevalencia de obesidad durante la gestación; prácticas médicas como el uso excesivo de intervenciones de rutina (por ejemplo, inducción y monitorización fetal); así como la realización de la intervención debido a una cesárea anterior (14). Una serie de factores no médicos cobran cada vez más atención en la investigación: de tipo económico, organizacional, social y cultural, entre los que se encuentran la judicialización de la obstetricia y el requerimiento materno (12, 14-21). Las cesáreas sin indicación médica aumentan el riesgo de efectos adversos a corto plazo (22,23).

El interés por estudiar los factores no médicos asociados a la práctica de cesáreas nos llevó a conducir el proyecto FONIS SA13I20259 titulado “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea”, cuyo objetivo general fue el de explorar las percepciones y prácticas en torno a dicha cirugía en mujeres gestantes y puérperas, matronas(es) y obstetras de los sistemas de salud público y privado de la Región Metropolitana. En este artículo se analiza el componente cuantitativo de dicho estudio, que consistió en la aplicación de una encuesta a mujeres con el fin de indagar en sus preferencias respecto a la vía de parto y en las razones y características de las cesáreas que hubieran vivido.

Materiales y método

En el marco del proyecto FONIS SA13I20259 desarrollado entre los años 2014 y 2016, se diseñó y aplicó una encuesta cuya unidad de análisis la constituyeron mujeres usuarias de los sistemas de salud privado y público de la Región Metropolitana, que hubiesen tenido al menos una cesárea en los últimos diez años al momento de aplicación de la encuesta, es decir, desde el año 2004 al 2014 inclusive.

El cuestionario fue diseñado por el equipo de investigación, y se aplicaron dos pre-test sucesivos (a 16 y 8 mujeres respectivamente). El objetivo de realizar un pre-test del instrumento fue tomar muestras al azar para determinar las causas de incompreensión que pudiesen existir en la encuesta, lo que permitió corregir el instrumento y obtener la encuesta final de aplicación. Esta etapa se realizó de modo presencial y telefónico, utilizando muestreo por bola de nieve. Los criterios de selección para esta primera instancia fueron: mujeres mayores de 18 años que tuvieran al menos dos hijos y al menos una cesárea, y de distintos niveles educacionales (desde no haber completado educación básica hasta estudios de postgrado).

El cuestionario definitivo incluyó preguntas

sobre: información sociodemográfica, características de cada uno de los partos de la entrevistada, motivos de la(s) cesárea(s), preferencia e información sobre ventajas y desventajas de las vías de parto. La aplicación del cuestionario tomó entre 5 a 15 minutos, dependiendo de la cantidad de hijos que las entrevistadas tuvieran.

El criterio de selección fue: mujeres mayores de 18 años que tuvieran al menos un hijo y hubieran tenido al menos una cesárea entre los años 2004 y 2014. El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencional. La encuesta fue aplicada a 396 mujeres por los autores de este artículo y cuatro ayudantes de investigación participantes del proyecto FONIS, con la intención de obtener la mitad de respuestas del sector público y la otra mitad del sector privado de atención de salud. Se realizó la encuesta de forma telefónica y presencial. Se comenzó encuestando a algunas referidas iniciales del equipo de investigación en forma telefónica, a quienes se fueron solicitando sucesivos contactos telefónicos. Se privilegiaron contactos que cubrieran la heterogeneidad de hospitales públicos y clínicas privadas de la Región Metropolitana. De este modo se logró cubrir casi la totalidad de usuarias de salud privada, y algunas de salud pública y de atención mixta. Sin embargo, debido a la dificultad de completar la muestra a través de contactos telefónicos, se optó por completar la muestra con encuestas presenciales en lugares públicos. Para ello, se ubicaron lugares estratégicos donde se encontrarán mujeres que se hubieran atendido en los cinco Servicios de Salud de la Región Metropolitana (Norte, Occidente, Central, Oriente, Suroriente y Sur). Estos fueron sectores aledaños a tres grandes hospitales públicos -Hospital San José (Independencia), Hospital San Borja Arriarán (Santiago), Hospital San Juan de Dios (Quinta Normal), y sectores comerciales de las comunas de La Florida, San Bernardo, Estación Central, Santiago Centro y Talagante. De este modo se obtuvieron entre 30 y 35 encuestas en las cuales las mujeres hubieran

sido atendidas en cada Servicio de Salud. Así, un total de 164 encuestas fueron obtenidas en forma presencial y las restantes 232 en forma telefónica.

Las técnicas de análisis quedaron acotadas a la exposición e interpretación estadística-descriptiva, debido a que no se trabajó con un muestreo de tipo probabilístico. Se utilizó el programa SPSS para listar y relacionar las variables, y se realizaron análisis uni y bivariados para describir las relaciones entre las variables del estudio. Se realizaron también test de Chi cuadrado para testear la independencia entre algunas variables de interés.

El estudio FONIS fue aprobado por los Comités de Ética de los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Sur Oriente. Para la aplicación de la encuesta no se solicitaron datos personales, sólo se registraron preguntas generales de clasificación sociodemográfica (sistema de previsión de salud, nivel educativo y comuna de residencia al momento de la encuesta).

Resultados

Características de la muestra

Las mujeres encuestadas tenían entre 18 y 51 años al momento de ser encuestadas, con una edad promedio de 32 años. Con respecto al nivel educativo, el nivel “bajo” se considera desde que no asistieron nunca a la escuela hasta educación media incompleta/completa; el “medio” desde educación técnica incompleta/completa hasta educación universitaria incompleta; y el “alto” incluye educación universitaria completa y/o postgrados. Alrededor de un 85% de la muestra se distribuyó en proporciones similares entre el sector de salud público (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y privado (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES). Un 13%, clasificado como sistema “mixto”, transitó entre ambos sectores de atención, a través del Pago Asociado al Diagnóstico (bono

Parto PAD) por el cual las afiliadas a FONASA obtienen atención en el sector privado. El porcentaje restante tenía otro tipo de previsión. En promedio, las mujeres encuestadas tenían 1,7 hijos.

Las mujeres del sistema privado de salud declaran que preferían el parto vaginal en un 83,8% antes de ser madres, las usuarias del sistema mixto en un 78% y del sistema público

descritos, las mujeres del sistema privado declararon preferirlo en un 73,3%, mientras que las del sistema mixto en un 62,5%, y aquellas del sistema público en un 66% de los casos. Sin embargo, no existe una relación que vincule la preferencia de las madres por vía de parto y el sector de salud en el que se atendieron, tanto antes como después de ser madres (significancia chi-cuadrado > 0,05).

Tabla 1. Características de las mujeres encuestadas

	Mujeres	Porcentaje
Edad	18-30 años	40%
	31-35 años	30%
	36 y más años	30%
Nivel educativo	Bajo	31%
	Medio	28%
	Alto	41%
Sector de atención de salud	Público	42%
	Mixto	13%
	Privado	43%
Número de hijos(as)	Un(a) hijo(a)	20%
	Dos hijos(as)	54%
	Tres hijos(as)	19%
	Cuatro hijos(as)	6%
	Cinco hijos(as)	1%

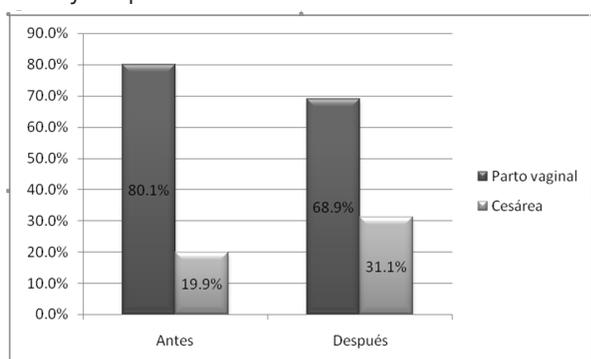
Al diferenciar la muestra por nivel educativo, y tomando la preferencia por vía de parto al momento de la encuesta, se observó que a menor nivel de educación, la preferencia por parto vaginal fue menor. El grupo de encuestadas que alcanzó menores niveles educativos de la muestra (desde ningún año de educación hasta educación media incompleta/completa) prefiere en un 41% la cesárea, mientras que aquel con educación técnica incompleta/completa o universitaria incompleta en un 32,1%, y el grupo con educación universitaria completa y/o postgrado en un 23,1%. En este caso se puede afirmar que existe relación entre las variables consideradas (significancia chi-cuadrado < 0,05).

en un 76,6%. Lo anterior mantuvo similar distribución luego de ser madres y haber tenido (al menos) una cesárea; si bien la preferencia por parto vaginal disminuyó en los tres grupos

Características de las cesáreas

Como se aprecia en la Tabla 2, en la muestra hubo un alto porcentaje de cesáreas programadas, y la programación fue significativamente más alta en el sector de atención de salud privada que pública. Con respecto a la semana de programación de las cesáreas, se utilizó la clasificación propuesta por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, y por tanto se denominó de “término temprano” a las que sucedieron entre las 37 y las 38+6 semanas. De todas las cesáreas que fueron programadas en el caso de las primíparas, el 62,9% fue de término temprano. Como razones de la programación, las mujeres mencionaron principalmente (en el 50% de los casos) motivos agrupados como “contraindicaciones de parto vaginal”: macrosomía fetal, presentación podálica

Figura 1. Preferencia de la mujer por vía de parto antes y después de ser madre



Preferencia por vía del parto

Se les preguntó a las mujeres por su preferencia sobre la vía del nacimiento antes de su primera experiencia de parto, y al momento de la encuesta, tras haber tenido al menos una cesárea. Si bien en ambos momentos se observa una clara preferencia por la vía vaginal, ocurre a la vez un aumento por la preferencia de la cesárea.

o transversa, placenta previa y embarazos múltiples.

Causa de las cesáreas

De los motivos mencionados por las mujeres para la realización de la cesárea, se describe uno que se consideran como “no-médico”: el requerimiento materno, que se produce en ausencia de condiciones de salud que

segundas cesáreas, y a la totalidad de las terceras y cuartas, representando en estos tres grupos la principal causa de la intervención.

Discusión

Los datos presentados se insertan en el contexto de una alta medicalización del

Tabla 2. Programación de cesáreas por sistema de salud.

	Cesáreas		Cesáreas programadas del total de cesáreas		Programación de cesáreas según sistema de salud *				Cesáreas programadas en término temprano del total de cesáreas programadas	
	N	%	N	%	Fonasa		Isapre		N	%
					N	%	N	%		
Primer hijo(a)	329	83,1%	124	37,7%	56	45,2%	65	52,4%	78	62,9%
Segundo hijo(a)	184	86,4%	102	55,4%	36	35,3%	61	59,8%	55	53,9%
Tercer hijo(a)	61	81,3%	49	80,3%	23	46,9%	25	51%	22	44,9%
Cuarto hijo(a)	20	86,9%	14	70%	6	42,9%	8	57,1%	7	50%

* Significancia chi-cuadrado < 0,05, por lo que se puede afirmar que existe relación entre las variables consideradas. La diferencia para llegar a 100% corresponde al sistema mixto de atención, que no se especifica en la tabla

justifiquen la realización de la intervención. Del total de la muestra, un 6,6% de las encuestadas respondió haber solicitado la primera cesárea, y un 9,9% solicitó la segunda cesárea. La principal causa de solicitud en ambos casos fue el temor: se mencionó el miedo al dolor, a los riesgos del parto vaginal y al fórceps.

Otro motivo de la cesárea de interés para el análisis es la cesárea anterior, que si bien puede obedecer a factores médicos, puede también realizarse existiendo la posibilidad de intentar un trabajo de parto y parto vaginal. La decisión de la intervención por una cesárea anterior llegó en la muestra al 25,5% de las

nacimiento en nuestro país con cifras alarmantes de intervenciones rutinarias que no se basan en la evidencia (24), y de la creciente privatización de la atención materna con su consecuente alza en las tasas de cesáreas. En este escenario, el equipo de investigación sostiene que la excesiva medicalización del nacimiento y prácticas como la cesárea por repetición son factores no médicos de la atención, y por tanto resulta fundamental examinar las condiciones estructurales que permiten que el modelo se perpetúe. Es importante reconocer que el contexto psicosocial del cuidado obstétrico revela un desbalance de poder a favor de los equipos médicos y en desmedro de las

mujeres, por tanto la investigación debe dar cuenta de cómo los contextos e interacciones en que se provee el cuidado médico inciden en los procesos de decisión para realizar cesáreas (25).

Los resultados muestran una preferencia por cesárea de 19,9% antes de ser madres, siendo importante destacar que como la pregunta fue realizada en forma regresiva a mujeres que ya contaban con experiencias de cesárea, es probable que dicho porcentaje sea algo más alto que en la población general de mujeres, como han mostrado otros estudios sobre el tema en el mundo (26).

En la muestra, la preferencia por la vía cesárea aumentó en un 11% tras haber vivido la experiencia de la cesárea. En el contexto de una altísima cifra de cesáreas en nuestro país, esto implicaría una cada vez mayor aceptación –o normalización– de dicha vía de parto en la población, lo cual se agrava por la repetición de cesáreas a mujeres que ya la han vivido.

Con respecto al requerimiento materno por la cesárea, un 6,6% de las encuestadas respondió haber solicitado la primera cesárea, y un 9,9% la segunda, y como principal motivo apareció el miedo al dolor y al parto vaginal. Estos resultados son coherentes con los de investigaciones realizadas en otros países, que concluyen que son pocas las mujeres que solicitan la cesárea en ausencia de complicaciones obstétricas previas, y que en muchos casos la decisión está relacionada con el temor a los riesgos del parto vaginal para los recién nacidos y las madres (27-29). La duda por la seguridad de las vías de parto, sugiere plantearse la preocupación por la invisibilización de los riesgos asociados a la cesárea. A este respecto, la Guía Perinatal del Ministerio de Salud de 2015 plantea que “el avance de la medicina hace que percibamos que la cesárea no es de alto riesgo para la madre, y desafortunadamente también es así percibido por ellas” (30).

Otro dato relevante es la indicación de

cesárea por cesárea anterior, que en la muestra fue la principal causa de la intervención en las segundas cesáreas (25,5%) y en la totalidad de las terceras y cuartas. En este grupo es muy posible reducir la incidencia de la cirugía promoviendo el parto vaginal tras cesárea, como enfatizan diversos organismos (31). Una revisión sistemática y meta análisis mostró que la prueba de trabajo de parto fue exitosa en un 76,5% de segundas cesáreas y en un 71,1% de terceras cesáreas (32). Asimismo, resulta fundamental reducir la incidencia de primeras cesáreas, como ha sido enfatizado por asociaciones médicas de prestigio (33).

Finalmente, los resultados muestran una alta programación de cesáreas, principalmente durante el término temprano del embarazo a pesar de que en la actualidad hay cuantiosa evidencia que demuestra que se deben poner todos los esfuerzos para evitar electivamente interrumpir una gestación antes de las 39 semanas, y su realización debería estar absolutamente justificada (33). Se observa además una diferencia significativa entre la programación de cesáreas entre el sistema público y privado de atención, siendo mayor en el segundo, a pesar de que en dicho sector se atiende la población de mujeres más saludable y de mayor nivel educativo.

La alarmante epidemia de cesáreas en nuestro país debe ser abordada con urgencia pues se trata de un problema de salud pública que pone en riesgo a recién nacidos y mujeres, y que acarrea enormes costos para el sistema de salud. Para asegurar el resguardo de la salud materna y neonatal se requiere trabajar en base a guías y protocolos clínicos basados en evidencia, y asegurar que sean difundidos a la población usuaria en formas que faciliten su comprensión y aplicación (34). Asimismo, se requiere una supervisión de prácticas institucionales que aseguren la protección de la salud materna y neonatal, como se sugiere en la nueva iniciativa de instituciones amigas de la madre y niño (35).

Reconocimientos

Agradecemos a todo el equipo de investigación del proyecto FONIS que no figura en la autoría de este artículo: Patricia Núñez, Pilar Plana, Florencia Vergara, Magdalena Rivera, Mariana Sáez, Fernanda Cordero, Ghigliola Artuso, Kamila Gaete y Tamara Astorga. Agradecemos al Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, pues las autoras JS y AP participaron en el proyecto FONIS en el marco de su tesis de pregrado titulada "Uso de la cesárea en la Región Metropolitana". Agradecemos especialmente a las mujeres que respondieron la encuesta que da forma a este artículo, por compartir sus experiencias de parto.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Suiza: OMS, 2015.
2. Peters LL, Thornton C, de Jonge A, et al. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth* 2018;00:1-11.
3. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018;15(1):e1002494.
4. Sevelsted A, Stokholm J, Bønnelykke K, Bisgaard H. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics* 2015;135(1):92-98.
5. Silver RM. Implications of the first cesarean: perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. *Semin. Perinatol* 2012;36:315-323.
6. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol* 2012;29(1):7-18.
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(1):14-29.
8. Huang X, Lei J, Tan H, Walker M, Zhou J, Wen SW. Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;158(2):204-8.
9. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(3):262.e1-8.
10. Villar J, Valladares E, Wojdyla D. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global Survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367:1819-29.
11. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriáldi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Cesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report 2010*; background paper, 30.
12. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Cesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE* 2016;11(2):e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343
13. Instituto Nacional de Derechos Humanos, Chile. Situación de los Derechos Humanos en Chile, Informe Anual 2016.
14. Salinas H, Naranjo B, Pastén J, et al. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista HCUCCh* 2007;18:168-78.
15. Farías M, Oyarzún E. Cesárea electiva versus parto vaginal. *Medwave* 2012;12(3):e5335 doi: 10.5867/medwave.2012.03.5335
16. Fabbri D, Monfardinia C, Castaldinib I, Protonotariba A. Cesarean section and the manipulation of exact delivery time. *Health Policy* 2016;120:780-789.
17. The Economist (2015, 15 Agosto). Caesar's legions. The Economist Newspaper Limited. Disponible en: <http://www.economist.com/news/international/21660974-global-rise-cesarean-sections-being-driven-not-medical-necessity>. [Consultado el 30 de septiembre de 2017].
18. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013;13:205.
19. Tully KP, Ball HL. Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science & Medicine* 2013;85:103-111.
20. Mazzoni A, Althabe F, Liu N, Bonotti A, Gibbons L, Sánchez A, Belizán J. Women's preference for cesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011;118:391-399.
21. Bourgeault IL, Declercq E, Sandall J, Wrede S, Vanstone M, van Teijlingen E, et al. Too posh to Push? Comparative perspectives on maternal request cesarean sections in Canada, the US, the UK and Finland. En Chambré SM, Goldner M (eds.) *Patients, Consumers and Civil Society*. Emerald Group Publishing Limited, 2008:99-123.
22. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Cesarean section

without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine* 2010;8:71.

23. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, et al., WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* 2015;3:260-70.

24. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Chile. *Midwifery* 2016;35:53-61.

25. Gamble J, Creedy DK. Women's Request for a Cesarean Section: A Critique of the Literature. *Birth* 2000;27(4):256-263.

26. Mazzoni A, Althabe F, Liu N, Bonotti A, Gibbons L, Sánchez A, Belizán J. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011;118:391-399.

27. McCourt C, Weaver J, Statham H, et al. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth* 2007;34(1):65-79.

28. Tully KP, Ball H. Misrecognition of need: women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Soc Sci Med* 2013;85:103-11.

29. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007;34(1):32-41.

30. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guía Perinatal 2015. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf [Consultado el 11 de octubre de 2017].

31. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline 2015; 45. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf [Consultado el 20 de octubre de 2017].

32. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117:5-19.

33. American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(3):179-193.

34. Miller S et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet* 2016;388(10056):2176-2192.

35. Lalonde AB, Miller S. Mother-Baby Friendly Facilities Initiative. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2015;128:93–94.