

EL PARTO POR CESÁREA EN CHILE Y LA REGIÓN DE MAGALLANES Y ANTÁRTICA CHILENA. REFLEXIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA INTERNACIONAL

CESAREAN DELIVERY IN CHILE AND THE MAGALLANES AND CHILEAN ANTARCTICA REGION. REFLECTIONS BASED ON INTERNATIONAL EVIDENCE

Susana Loaiza-Miranda¹, María Dolores Marrodán-Serrano², Marisa González-Montero de Espinosa³

¹ Departamento de Enfermería,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad de Magallanes, Chile.

² Departamento de Biodiversidad,
Ecología y Evolución, Facultad de
Ciencias Biológicas, Universidad
Complutense de Madrid, España.

³ Grupo de Investigación EPINUT,
Facultad de Medicina, Universidad
Complutense de Madrid, España.

Correspondencia:
susana.loaiza@umag.cl

RESUMEN

Introducción: En las últimas décadas se observa en Chile un aumento del parto por cesárea, alcanzando cifras muy superiores a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), (tasa de entre 10 y 15%). En Latinoamérica, Chile posee una de las tasas de cesáreas más alta, y a nivel nacional la Región de Magallanes y Antártica Chilena muestra similar comportamiento.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión de la literatura científica en bases de datos indexadas, se recopiló evidencia para el análisis de algunos factores que podrían explicar dicha prevalencia en el país y en la región más austral de Chile. Posteriormente, se analizaron los egresos hospitalarios en el período 2015 a 2018, calculando y comparando la tasa de partos por cesárea para ambas poblaciones.

Resultados: En el período en estudio las cesáreas representaron el 49,6% de los partos en Chile y el 63% en la Región de Magallanes y Antártica Chilena, y prácticamente duplica al parto espontáneo en todo el período en estudio.

Discusión: La tasa de cesáreas detectada en ambos grupos de población, excede la recomendación de la OMS y no existe suficiente evidencia que explique las causas que han llevado a estos resultados.

Palabras clave: Parto, cesárea, incidencia cesáreas, tasa cesáreas, Chile.

ABSTRACT

Introduction: In the last decades an increase in cesarean delivery has been observed in Chile, reaching figures much higher than those recommended by the World Health Organization (WHO), which recommends a rate of between 10 and 15%. In Latin America, Chile has one of the highest cesarean section rates, and at the national level the Magallanes and Chilean Antarctica Region shows similar behavior.

Materials and Methods: A review of the scientific literature in indexed databases was carried out, evidence was collected for the analysis of some factors that could explain this prevalence in the country and in the southernmost region of Chile. Subsequently, hospital discharges in the period 2015 to 2018 were analyzed, calculating and comparing the rate of cesarean deliveries for both populations.

Results: In the period under study, cesarean sections represented 49.6% of deliveries in Chile and 63% in the Region of Magallanes and Chilean Antarctica, and practically doubles spontaneous delivery in the entire period under study.

Discussion: The rate of cesarean sections detected in both population groups exceeds the WHO recommendation and there is insufficient evidence to explain the causes that have led to these results.

Key words: Childbirth, cesarean section, cesarean section incidence, cesarean rate, Chile.

Recibido: 06-12-2023

Aceptado: 26-09-2024

Publicado: noviembre 2024

DOI: 10.5354/0719-5281.2024.73522

INTRODUCCIÓN

Según la declaración de la OMS, la cesárea sólo debería realizarse cuando es médicamente necesaria, vale decir que el término del embarazo represente un riesgo para la madre o su hijo/a. Desde 1985 la OMS considera que la tasa ideal de cesárea debería estar entre el 10 y 15% del total de partos. También señala que este tipo de parto es muy frecuente y se observa un aumento de la tasa en los últimos años, en particular en países de ingresos medios y altos. Según la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), no existe suficiente evidencia científica que demuestre que tasas por sobre ese valor disminuyan la mortalidad materna y/o neonatal¹⁻³.

Junto con la tasa de cesárea recomendada, la OMS propone la clasificación de Robson¹ como criterio para la decisión médica para este tipo de parto. Dicha clasificación establece 10 grupos de parámetros obstétricos, entre ellos, paridad, cesárea previa, edad gestacional, inicio del trabajo de parto, presentación fetal y número de fetos. Una revisión sistemática sobre dicha clasificación concluyó que su uso ha aumentado a nivel mundial, por su fácil interpretación y aplicación práctica⁴.

El objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia científica y datos estadísticos relacionados con el parto por cesárea en Chile y la Región de Magallanes y Antártica Chilena (más conocida como Región de Magallanes) y plantear algunas reflexiones derivadas de los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los factores que intervienen en el fenómeno del parto son variados. En esta publicación revisamos la evidencia científica recopilada de bases de datos electrónicas WOS, Pub Med, Medline, Scielo, con palabras clave en español: parto, cesárea, y en inglés: caesarean section, delivery, desde el año 2006 al 2023. Posteriormente se analizó la evidencia publicada a nivel mundial, latinoamericano, nacional y regional, con énfasis en aquella disponible sobre los factores biológicos y sociales relacionados con el parto por cesárea, tales como: características biodemográficas de la gestante, estado nutricional y patologías del embarazo, características antropométricas del recién nacido, variables relacionadas con las características y complicaciones del parto por cesárea y el impacto en los sistemas de salud. Así mismo se consideró relevante aquella que incluía cifras, estadísticas o prevalencias estimadas del tipo de parto en la población estudiada, especialmente en la realidad latinoamericana y nacional. Finalmente se incluye en este artículo la evidencia relevante de veintisiete publicaciones científicas y de fuentes oficiales internacionales (OMS, OPS, OECD)^{1,2,3}.

Con posterioridad, se recopilaron y analizaron estadísticamente datos de egresos hospitalarios chilenos sobre tipos de parto y su evolución en el período 2015 a 2018, cifras oficiales publicadas por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), para el país y la Región de Magallanes y Antártica Chilena. En base a dicha información se construyeron tasas de prevalencia de: parto único espontáneo (O80) y parto único por cesárea (O82),

a nivel nacional y regional, para su posterior comparación y observación de la evolución en el período en estudio, en ambas poblaciones⁵. Cabe señalar que, de acuerdo al criterio de la OMS¹, la tasa de cesáreas se define como el número de cesáreas en un período de tiempo específico/número de partos totales en el mismo período de tiempo x 100. Con posterioridad se llevó a cabo un análisis comparativo y de tendencia, empleando la prueba de Chi-cuadrado ($p < 0,05$), mediante procesamiento de los datos con el programa IBM-SPSS. V.26.

RESULTADOS

Antecedentes epidemiológicos a nivel internacional

Actualmente la tasa mundial de partos por cesárea supera la cifra recomendada por la OMS, alcanzando en la Región de las Américas al 39%^{1,2} en promedio. Según la Red de Salud Reproductiva Mundial, esta práctica sigue en aumento, con mayor prevalencia entre las mujeres sin antecedentes de cesárea en los centros africanos y entre las mujeres con cesárea electiva primaria, cesárea primaria tras inducción y cesárea repetida en los centros no africanos⁶. En la India, las cifras se han duplicado entre 2005 y 2016 pasando del 8% al 17%, con diferencias entre el sector público y privado, siendo más alta la tasa en este último⁷. Una investigación realizada en hospitales de Estados Unidos, en una muestra de más de 13 millones de partos con una edad media de mujeres de 24,4 años, reportó una prevalencia de 16,7% de cesáreas, los resultados se asociaron a incentivos económicos en algunos hospitales⁸.

Según el último informe de la OCDE del año 2020, entre 27 países de Latinoamérica el promedio de la tasa de parto por cesárea fue de 32%, por encima de la media de la OCDE de 28%, y el doble de la recomendación de la OMS³. Según el mismo informe entre 27 países de Latinoamérica y el Caribe, las cifras más altas se observan en República Dominicana 58%, Brasil 56%, México y Ecuador con 49% y Chile con 48%⁹. Algunos estudios a nivel Latinoamericano advierten sobre los efectos en la salud infantil y su relación con mayor riesgo de desarrollar enfermedades como asma, alergias alimentarias, diabetes tipo 1 y obesidad en la niñez, sobre todo ésta última que también ha aumentado en las últimas décadas. Al parecer, el retraso del establecimiento de la microbiota intestinal intervendría en el desarrollo del sistema inmunológico del recién nacido, y a través de dicho mecanismo se generaría un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida¹⁰.

Respecto a la relación entre variables maternas como el sobrepeso y obesidad y la vía de parto, diversos estudios internacionales aportan evidencia relevante para el análisis. Uno de ellos realizado en México, concluyó que la obesidad pregestacional y la ganancia de peso elevada fueron predictores de recién nacidos grandes para la edad gestacional (RN GEG) y el parto por cesárea fue más frecuente en ese grupo, igualmente ocurrió en el 91% de las mujeres con diabetes gestacional¹¹. Una investigación realizada en México y publicada en el año 2021,

concluyó que la obesidad gestacional se asoció a macrosomía, y el parto por cesárea se presentó en el 63,9% de las gestantes obesas¹². En la misma línea, un trabajo con gestantes nulíparas atendidas en un hospital de Madrid, España, publicada en el año 2009, informó de un riesgo de cesárea en las embarazadas con sobrepeso (OR=1,9) y obesas (OR=3,1), significativamente mayor a las que tenían normo peso. Además, en las gestantes con sobrepeso el 28,5% de los partos fueron por cesárea y en las obesas un 29,1% y el riesgo de macrosomía fue de OR=1,5 y OR=1,9 respectivamente¹³. La investigación de Rodríguez Vidal et al. sobre una muestra de gestantes españolas con obesidad mórbida gestacional, puso de manifiesto una mayor tendencia a morbilidad durante el embarazo, parto por cesárea y tener recién nacidos macrosómicos¹⁴.

En un estudio realizado en Uruguay, utilizando metodología de contraste entre casos y controles realizado, se encontró asociación entre macrosomía y obesidad pregestacional y diabetes gestacional, y la cesárea se presentó en el 70,9% de las gestaciones con fetos macrosómicos¹⁵. En población ecuatoriana se observó asociación entre el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y obesidad materna con macrosomía y RN GEG, además se encontró que una proporción importante de los partos por cesárea ocurrían en madres con sobrepeso y obesidad, específicamente un 51,6%¹⁶. Analizando embarazadas brasileñas en Sao Paulo, Brasil, se encontró asociación entre variables maternas como: edad, inactividad física, sobrepeso y obesidad y el parto por cesárea¹⁷.

Distintas variables asociadas al parto por cesárea se refieren a las características del embarazo, paridad, presentación y complicaciones para la madre y el recién nacido. Una investigación reciente en Valencia, España, informó una tasa de cesárea de 25,3% y el grupo que más contribuyó a dicha proporción fueron mujeres nulíparas con feto único en presentación cefálica con un 34,4%¹⁸. Así mismo, en mujeres españolas de Sevilla, se analizó la morbilidad materno-fetal en mujeres con cesárea previa, y reportó tasas mayores de complicaciones (ruptura uterina, hemorragia puerperal) en este grupo, que en mujeres nulíparas¹⁹. También es un riesgo asociado al parto por cesárea el trombo embolismo venoso, como pone de manifiesto una reciente revisión de la literatura que advierte sobre su alta frecuencia en mujeres con factores de riesgo presentes (trombosis gestacional, obesidad, hemorragias, venas varicosas, enfermedad cardíaca, edad ≥ 35 años, entre otras) y su asociación a mayor riesgo de morbilidad materna²⁰. Investigadores de la universidad de Santander en Colombia, indagando sobre las razones que llevaron a realizar una cesárea, encontraron que 55,7% de los partos fueron por cesárea y que cerca del 60% de ellos pudieron haber finalizado de otra forma. Los motivos más frecuentes para la toma de esta decisión fueron falta de claridad de la historia clínica y uso inadecuado de la inducción del parto²¹. En el mismo país, pero en una muestra tomada en el hospital San José de Popayán, se determinó una prevalencia de 5,22% de complicaciones quirúrgicas en pacientes sometidas a cesárea. Entre los factores relacionados se encontró gestación de pre-término, comorbilidad del tipo

preeclampsia y condición de urgencia²².

En la literatura científica también ha sido analizada la variabilidad de la cesárea según subsistema de salud. En esta línea, en Uruguay se revisaron más de 190 mil nacimientos registrados en el Sistema Informático Perinatal entre 2009 y 2014 y se encontró que el parto por cesárea era mucho más frecuente en el subsector privado de salud que en el público, con diferencias territoriales. En dicho estudio, la proporción de cesáreas se incrementó del 38,2% al 46,3% en el sexenio contemplado, además advierten que el fenómeno no tiene una explicación significativa basada en las características de los nacimientos²³.

Antecedentes epidemiológicos a nivel nacional

Desde el año 2014 en Chile se viene reportando un aumento de partos por cesárea y es uno de los países con mayor tasa de cesáreas del mundo, señalando como primera causa el diagnóstico "Falta de progreso del trabajo de parto" ²⁴. Posteriormente, en el 2019, una publicación editorial mencionaba que alrededor del 50% de los partos en el país correspondía a cesáreas, mencionando además que el aumento en la incidencia no se relacionaba con mejoras en los indicadores de salud maternos y neonatales. Por otra parte, el mismo artículo abre el debate sobre las causas que estarían influyendo en la alta tasa de partos por cesárea en Chile²⁵.

Una investigación realizada en la ciudad de Concepción, Chile, y publicada el 2006 reportaba una tasa global de cesárea de 51,8%, de la cual el 81% tuvo lugar en el sistema privado, y 32,6% en el público. En el primero, el 55,4% correspondió a cesáreas electivas y de ellas el 63,1% fueron realizadas entre las 37 y 38 semanas de gestación²⁶. En el año 2019 se publicaron los resultados de un análisis transversal de un universo de partos hospitalarios en las 15 regiones de Chile, ocurridos entre 2001 y 2014. Entre los principales resultados destaca el aumento de los partos por cesárea con seguro público en establecimientos privados (3 de cada 4 partos)²⁷. Aplicando metodología de caso-control en el sur de Chile, se reportó que el parto por cesárea fue significativamente más frecuente en las gestaciones de pretérmino (casos) ajustado por la presencia de patologías del embarazo²⁸. En la misma región geográfica, otro estudio arrojó como resultado que los partos en el sistema público disminuyeron un 60,6%, mientras que en el sector privado aumentaron 4,8 veces, incrementando un 39% los partos por cesárea. Dicho aumento también se registró en el sector público, un incremento cercano al 48% en gestantes de mayores ingresos del Fondo Nacional de Salud (FONASA D). Similar situación se observó en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), donde la tasa de cesárea alcanzó en promedio, al 66,5% entre los años 2002 y 2019²⁹.

Otra variable muy importante a considerar es la participación de la madre en la decisión de la vía de resolución del embarazo. Una revisión reciente reveló que la evidencia sugiere que las mujeres prefieren el parto vaginal por sobre la cesárea, decisión probablemente influenciada por factores socioeconómicos y emocionales³⁰. Igualmente, otras dos publicaciones naciona-

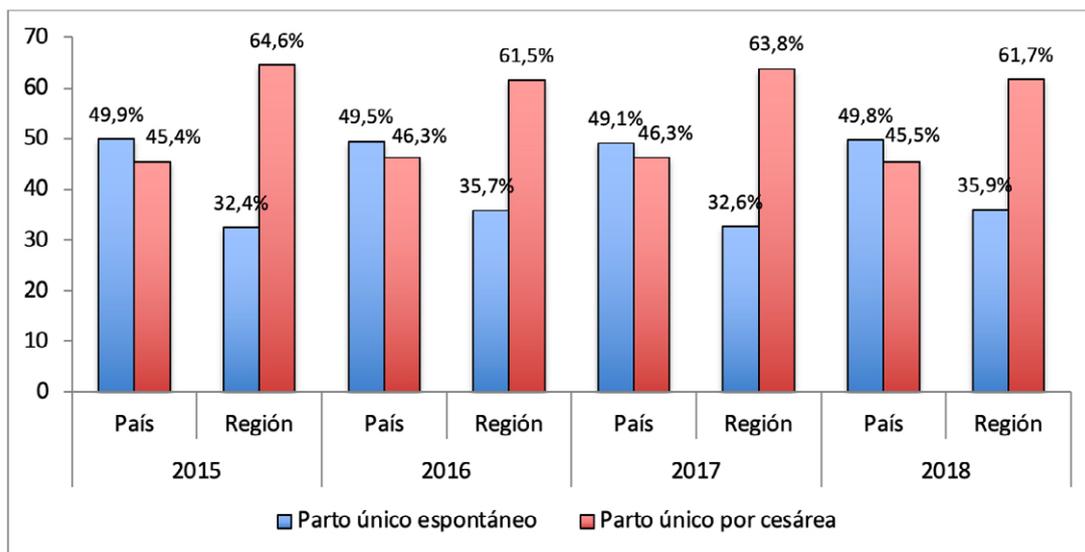
les plantean la necesidad de contar con directrices y criterios clínicos y médicos claramente establecidos, donde además se considere la preferencia y decisión de la madre, para garantizar que la atención de salud proporcionada este libre de riesgos para ella y el recién nacido^{31,32}.

Antecedentes de egresos hospitalarios según tipo de parto en Chile y la Región de Magallanes y Antártica Chilena

De acuerdo a cifras publicadas por el Ministerio de Salud de Chile, desde el año 2015 a 2018, se observan importantes diferencias en las tasas de parto único espontáneo y parto único por cesárea en el país y en la Región de Magallanes.

A nivel nacional se observó que la tasa de parto espontáneo supera levemente a la de cesárea, mostrando una discreta tendencia a la disminución de este último (0,8% entre los dos últimos años). Contrario a lo observado en la región, donde la tasa de parto único por cesárea es superior ($p < 0,05$) a la de parto espontáneo en todo el período, mostrando ésta última una tendencia a la disminución de 2,1% en los dos últimos años. A nivel nacional se observó una diferencia promedio entre ambos tipos de parto de 3,7%, mientras que en Magallanes fue llamativamente superior, casi 10 veces más que la cifra nacional, promediando un 29%. Al comparar la tasa de parto cesárea a nivel nacional y regional, se observó que es muy superior en la Región de Magallanes en todo el período, con una diferencia promedio de 17%, siendo la mayor diferencia en el año 2015, con un 19,2% (Ver Figura 1).

Figura 1. Egresos hospitalarios según tipo de parto en Chile y Región de Magallanes y Antártica Chilena, años 2015 a 2018



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), MINSAL, 2023.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la evidencia recopilada, se constata que existe consenso a nivel mundial sobre una creciente prevalencia del parto por cesárea. Las prevalencias reportadas en la literatura superan la tasa recomendada por la OMS. Chile figura como el quinto país con la cifra más alta en Latinoamérica y el Caribe. En el período en estudio la tasa promedio fue de 49,6% para el conjunto país y en la Región de Magallanes y Antártica Chilena el promedio del período observado fue cercano al 63%.

Como limitaciones del presente trabajo habría que considerar que no se ha incluido información relativa a cuestiones como la judicialización de los profesionales y/o establecimientos por el mal resultado obstétrico, variable que podría considerarse en futuros análisis, de disponer de dicha información. En cualquier caso, y en base a lo recomendado por la OMS, las cifras oficiales publicadas y la evidencia científica, cabe preguntarse: ¿Cuáles serían las posibles causas o factores relacionados con la alta tasa de cesárea observada en Chile y en la Región de Magallanes? ¿Habría una relación entre las altas tasas de cesárea y los indicadores de morbimortalidad materna y neonatal a nivel nacional y regional, que explicaran estas cifras? Desde el punto de vista de la Salud Pública, ¿cuál es el impacto de este fenómeno en los indicadores de salud materno-infantil? ¿Las hospitalizaciones derivadas de intervenciones quirúrgicas evitables tendrían un impacto en la salud del binomio madre-hijo? ¿Cuál es la evidencia científica disponible en Chile que explique este fenómeno? ¿Existe suficiente evidencia sobre los riesgos y beneficios del parto por cesárea que explique las altas tasas reportadas?

Invitamos a los lectores a reflexionar sobre los hechos presentados y a intervenir con enfoque preventivo desde el propio rol profesional, para garantizar la salud de gestantes y niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado en jun 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
2. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamento necesaria [Internet]. OPS; 2015 [citado en abril 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-4-2015-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamento-necesaria>
3. OECD; World Bank. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
4. Betrán A, Vindevoghel N, Souza J, Gülmezoglu A, Torloni M. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *Plos One* 2014; 9(6):e97769. doi:10.1371/journal.pone.0097769
5. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Egresos hospitalarios [Internet]. MNSAL [citado en jun 2023]. Disponible en <https://deis.minsal.cl/>
6. Harrison M, Garces A, Goudar S, Saleem S, Moore J, Esamai F. Et al. Cesarean birth in the Global Network for Women's and Children's Health Research: trends in utilization, risk factors, and subgroups with high cesarean birth rates. *Reprod Health* 2020;17(3):165. doi.org/10.1186/s12978-020-01021-7
7. Bhatia M, Banerjee K, Kant L. Evaluación de la variación en las tasas de partos por cesárea entre centros de salud públicos y privados en la India de 2005 a 2016. *JAMA* 2020;3(8):e2015022. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.15022
8. Sakai-Bizmark R, Ross M, Estevez D, Bedel L, Marr E, Tsugawa Y. Evaluation of Hospital Cesarean Delivery-Related Profits and Rates in the United States. *JAMA Network Open*. 2021;4(3):e212235. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.2235
9. World Health Organization. Global Health Observatory data [Internet]. 2019 [citado en jun 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/gho/en/>.
10. Magne F, Puchhi A, Carvajal B, Gotteland M. The Elevated Rate of Cesarean Section and Its Contribution to Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America: The Growing Involvement of the Microbiota. *Front Pediatr*. 2017;5:192. doi: 10.3389/fped.2017.00192
11. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz -Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso en la madre y el neonato. *Salud Pública Mex*. 2010;52:220-225.
12. Panduro-Barón J, Barrios-Prieto E, Pérez-Molina J, Panduro-Moore G, Rosas-Gómez E, Quezada-Figueroa N. Obesidad y sus complicaciones maternas y perinatales. *Gineco Obstet Mex*. 2021;89(7):530-539. doi: 10.24245/gom.v89i7.4561
13. De la Calle FM M, Armijo L O, Martín B E, Sancha N M, Magdaleno D F, Omeñaca T F, et al. Sobrepeso y Obesidad Pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(4):233-238.
14. Rodríguez-Vidal C, Álvarez-Silvares E, Rodríguez-Nuñez R, Pérez-Adán M et al. desarrollo de macrosomía fetal. *Rev. Nac. (Itauguá)* 2014;6(1):8-15.
15. Segovia M. Obesidad materna pregestacional como factor de riesgo para el desarrollo de macrosomía fetal. *Rev. Nac. (Itauguá)* 2014; 6(1): 8-15.
16. Vaca-Merino V, Maldonado-Rengel R, Tandazo-Montaño P, et al. Estado Nutricional de la Mujer Embarazada y su Relación con las Complicaciones de la Gestación y el Recién Nacido. *Int J Morphol*. 2022;40(2):384-388. doi: 10.4067/S0717-95022022000200384.

17. Góes M, García L, Carvalho R, Souza T, Duarte A, Reberte L. Characteristics of pregnant women at risk and relationship with type of delivery and complications. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(4):e20200319. doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0319
18. Martínez G, Zomeño G, Tarrázó M, Garayoa A, Sanchez C, Reyes-Balanzá M. Aplicación de la clasificación de Robson para el análisis de la tasa de cesárea en el Hospital Doctor Peset. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2021;86(4). doi: 10.24875/RECHOG.M22000041
19. García-Jiménez R, Valero I, Weber-Fernández A, Florez N, Martínez-Aguado I, Borrero C. Parto tras cesárea anterior: análisis de la morbimortalidad materno-fetal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2022;87(6):388-395. doi: 10.24875/RECHOG.22000080
20. Schimidt M, Slompo K, Rufino J. Venous Thromboembolism and Route of Delivery – Review of the Literature. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40:156-162.
21. Acuña C, Gómez D, Díaz-Martínez L. A Check List to Reduce Misuse of Primary Cesarean Sections in Women with a Single Fetus in Cephalic Position. *Health.* 2017; 9:1251-1263. <https://doi.org/10.4236/health.2017.98090>
22. Ortiz R, Moreno E, Mambuscay J, Muñoz J. Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea en el período comprendido entre enero a diciembre de 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia 2016. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(6):435-448. doi: 10.4067/S0717-75262019000600435
23. Aguirre R, Antón J, Triunfo P. Análisis de las cesáreas en Uruguay or tipo de centro hospitalario. *Gac Sanit.* 2019;33(4):333-340. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.01.004
24. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. *Rev Med Clin Condes.* 2014; 25(6): 987-992.
25. Oyarzun E. Editorial. Operación cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(3):167-168.
26. Cabrera J, Cruz G, Cabrera C, Cisternas M, Soto C, Sepúlveda K. Características del peso, edad gestacional y tipo de parto de recién nacidos en el sistema público y privado. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(2):92-97.
27. Borrescio-Higa F, Valdés N. Publicly insured caesarean sections in private hospitals: a repeated cross-sectional analysis in Chile. *BMJ Open.* 2019;9:e024241. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024241
28. Suazo-Flores D, Saez-Carrillo K, Cid-Aguayo M. Relación entre características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales con el desenlace del parto prematuro en un hospital de alta complejidad. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2021;86(5):444-454. doi: 10.24875/RECHOG.M21000025
29. Escalona J, Moraga A, Castro C, Celis P. Frecuencia de y cesáreas en establecimientos públicos y privados de la Provincia de Concepción, Chile, 2001-2019. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2022;87(6):369-374. doi: 10.24875/RECHOG.22000071
30. Barrera-Barrera G, Cucoch-Petraello-Rojas C, Martínez-Vera I, Neira-Pérez M, Órdenes-Osorio S, Sandoval-Rubilar S et al. Percepción de las vías de parto en mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2022; 87(2): 122-136. doi: 10.24875/RECHOG.21000027
31. Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2021;86(6):563-572. doi: 10.24875/RECHOG.M21000034
32. Besio-Rollero M. Operación cesárea a requerimiento materno. Análisis de la circular N°10 del Ministerio de Salud y una propuesta alternativa. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2023;87(2):122-136. doi: 10.24875/RECHOG.23000007