



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO

LA PERSPECTIVA DEL GINECOOBSTETRA ANTE LA PRÁCTICA DE LA CESÁREA COMO VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

TESIS

Que para obtener el título de:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

P R E S E N T A:

DRA. CECILIA ROJAS TAVERA

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MARÍA DEL PILAR VELÁZQUEZ SÁNCHEZ

Facultad de Medicina



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



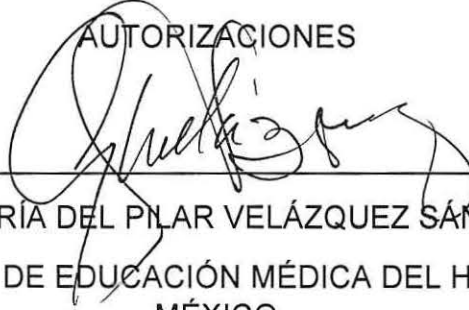
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

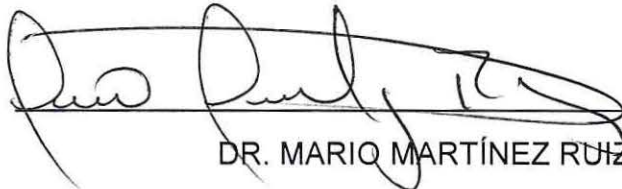
AUTORIZACIONES



DRA. MARÍA DEL PILAR VELÁZQUEZ SÁNCHEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL ÁNGELES
MÉXICO



DR. FRANCISCO JAVIER BORRAJO CARBAJAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO



DR. MARIO MARTÍNEZ RUIZ
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO



DRA. MARÍA DEL PILAR VELÁZQUEZ SÁNCHEZ
ASESOR DE TESIS DEL HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO



DRA. CECILIA ROJAS TAVERA
RESIDENTE IV AÑO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ÁNGELES
MÉXICO

AGRADECIMIENTOS

Particularmente siempre he sido muy sentimental al momento de escribir y al tener esta hoja completa para poder expresarlo, será de la siguiente manera:

- A Dios en primer lugar, porque con mi fe y esperanza logré salir de una enfermedad que presenté en el 2018 y cambio mi vida por completo. Siempre lo he dicho y lo seguiré diciendo: gracias a Él, logré obtener lo imposible.

Después de haber recuperado mi salud, Dios volvió a darme manifiesto de su presencia al otorgarme a las dos personitas que más amo en esta vida:

- Enrique, mi esposo, mi confidente, mi compañero de vida, gracias por todo lo bueno que eres con nosotros, por ser un gran ingeniero, inteligente y resolutivo, que camina junto a mí con amor, paciencia, tolerancia y sobre todo respeto.
- A mi hijo, Israel, eres el regalo más bello que la vida me concedió, sentirte en mi cuerpo todas las mañanas yendo a trabajar; ahora iluminas mis días y por fin comprendo que el amor nace con cada nacimiento de un hijo. Gracias por mi doble faceta: ser mamá y médico.

Ahora quiero agradecer y con ello no significa que sean menos importantes, al contrario, son mis pilares de vida:

- Mi mamá, gracias por darme la vida, por criarme como mejor pudiste, con altas y bajas en nuestro camino juntas, principalmente en los momentos que ni yo misma creía en mi recuperación. Gracias por nunca dejarme.
- A mi hermano, Román, tú y yo juntos logramos establecer éxitos académicos, personales y profesionales. Admiro tu nobleza y facilidad para perdonar, no pude haber tenido mejor hermano que tú. Gracias por tus observaciones, cuidados y por qué no, también por tus llamadas de atención.

Finalmente, agradezco a la Dra. Velázquez por apoyarme y ser un ejemplo de disciplina, constancia y entrega al trabajo, así como compromiso con los pacientes.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	8
III. JUSTIFICACIÓN.....	12
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
VI. HIPÓTESIS.....	13
6.1 Hipótesis de investigación (Hi)	13
6.2 Hipótesis nula (Ho)	13
6.3 Hipótesis alterna (Ha)	13
VII. OBJETIVO.....	13
7.1 Objetivo general	13
7.2 Objetivos específicos	13
VIII. METODOLOGÍA.....	14
8.1 Diseño del estudio	14
8.2 Universo	14
8.3 Tamaño de la muestra	14
8.4 Criterios de inclusión	14
8.5 Criterios de exclusión	14
8.6 Criterios de eliminación	15
8.7 Definición de variables	15
8.8 Materiales y métodos	16
IX. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
9.1 Programa de trabajo	17
9.2 Recursos Humanos	17
9.3 Recursos Materiales	17
9.4 Presupuesto	17
X. RESULTADOS Y ANÁLISIS	18
10.1 Rasgos individuales de los ginecoobstetras	19
10.2 Caracterización de la práctica de la cesárea	20
10.3 Factores determinantes de la realización de cesáreas	25

10.4 Relación entre los factores determinantes de la realización de cesáreas, las características de esta práctica, y los rasgos individuales de los ginecoobstetras	32
10.5 Los datos contenidos en la Tabla 6 (ver intervalos de confianza de los OR en la Intervalos de confianza de los <i>Odds ratios</i> (OR) de las regresiones logísticas bivariadas	32
XI. DISCUSIÓN	36
XII. CONCLUSIONES	40
XIII. REFERENCIAS	42
XIV. ANEXOS	45
14.1 Cuestionario	45
14.2 Intervalos de confianza de los <i>Odds ratios</i> (OR) de las regresiones logísticas bivariadas	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Rasgos individuales de los ginecoobstetras. Frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%).....	19
Tabla 2. Caracterización de la práctica de la cesárea. Frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%).....	21
Tabla 3. Caracterización de la práctica de la cesárea según rasgos individuales de los ginecoobstetras. Frecuencias absolutas (n), frecuencias relativas (%) y significancia estadística de chi cuadrado (p)	23
Tabla 4. Factores determinantes de la realización de cesáreas. Frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%).....	26
Tabla 5. Factores determinantes de la realización de cesáreas según rasgos individuales de los ginecoobstetras. Frecuencias absolutas (n), frecuencias relativas (%) y significancia estadística de chi cuadrado (p).....	29
Tabla 6. Regresiones logísticas bivariadas de la práctica de la cesárea con los rasgos individuales de los ginecoobstetras y los factores determinantes de la realización de cesáreas. <i>Odds ratios</i> (OR) y significancia estadística (p).....	34
Tabla 7. Intervalos de confianza de los <i>Odds ratios</i> (OR) de las regresiones logísticas bivariadas de la práctica de la cesárea con los rasgos individuales de los ginecoobstetras y los factores determinantes de la realización de cesáreas	47

I. INTRODUCCIÓN

La operación cesárea es una de las cirugías con mayor prevalencia a nivel mundial.

Desde hace más de tres décadas la Organización Mundial de la Salud junto con otros establecimientos sanitarios han propuesto lineamientos para la disminución de la práctica de esta, otorgando indicaciones materno-fetales absolutas y relativas, con el propósito de otorgar un parto vía vaginal en aquellas pacientes que se encuentren con embarazo normoevolutivo.

En México en los últimos 20 años se ha incrementado de 15,8% para 1990 a 37.8% en 2008 en los hospitales del sector salud. Este incremento ha sido el resultado de múltiples cambios en el campo de la práctica obstétrica, como son el uso cada vez más frecuente del ultrasonido; además de la deficiente interpretación de los trazos de la monitorización fetal antes y durante el trabajo de parto. (4)

En instituciones privadas se han incrementado las prácticas quirúrgicas abdominales como vía de interrupción del embarazo, alcanzando una prevalencia de hasta el 80% del total de los nacimientos. (4)

Aunado a lo anterior, en la actualidad los pacientes se están informando de fuentes poco fiables con el fin de buscar sus derechos y, asimismo solicitan requerimientos no establecidos por personal de salud para su tratamiento médico y quirúrgico; conllevando a una praxis médica modificable con la intención de evitar problemas medicolegales.

Por todo lo previamente señalado, es de nuestro interés el estudio de los factores que hacen que la operación cesárea tome mayor auge en nuestro país y, principalmente dilucidar si existe una asociación con las decisiones que toma el ginecoobstetra.

II. MARCO TEÓRICO

Etimológicamente, el nacimiento de un recién nacido por el corte de la pared abdominal proviene de los verbos latinos *caedere* y *secare*, que significa cortar. (1,7) En la Roma Imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba *cesons* o *caesares*. Sin embargo, el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples cuestionamientos. La más popular se desprende del nacimiento de Julio César, quien, según Plinio el Viejo, vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre, *caesus*, que quiere decir cortado. (1)

En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra y un año después en los Estados Unidos de América. En 1820, el médico español Alfonso Ruiz Moreno realizó en Venezuela la primera cesárea abdominal *in vitam* en Latinoamérica, la paciente murió dos días después de la operación, logrando sobrevivir el niño. (1,7)

En 1877 se efectuó la primera cesárea en una mujer viva en México, realizada en Monterrey, Nuevo León por J. B. Meras y J. H. Meras, en una mujer con exostosis del sacro y feto muerto. (1,7)

En 1882 los ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914) y Max Sänger (1853-1903) introducen con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero posterior a la operación cesárea. La técnica de Sänger consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en su cara anterior instituyéndose como la operación clásica. Kehrer por su parte, practicó con éxito la incisión transversa en el segmento inferior del útero. (1,7)

En el año 1921, el inglés J. Munro-Kerr redescubre la técnica de Kehrer e introduce en 1926 la incisión transversal o semilunar en el útero en lugar de la incisión vertical en la línea media.

La operación cesárea del segmento inferior se convirtió en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX. (1, 7)

Durante la primera mitad del siglo XX, la cesárea fue un procedimiento terapéutico para indicaciones muy precisas: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, inducción fallida del trabajo del parto, cesárea previa, preeclampsia severa, prolapso del cordón umbilical, sufrimiento fetal, presentación compuesta, gestación múltiple, fístula vesicovaginal, enfermedades virales en la madre, entre otros. (3)

Desde hace 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 y el 15%.

En 1985 la OMS declaró: “no hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%”. El panel llegó a esta conclusión a partir de la revisión de los pocos datos existentes en ese momento, procedentes principalmente de países europeos. (2)

Se ha reportado que en países de América Latina existe un fenómeno bien documentado, en el cual la tasa de cesárea en 12 de 19 países examinados excedió el porcentaje máximo recomendado por la OMS. Chile tiene el mayor porcentaje de cesáreas en la población general con el 40%, incrementándose hasta un 51% en instituciones privadas, mientras que en los segmentos de mayor ingreso económico de Brasil los nacimientos por cesárea alcanzan una proporción del 77%. (2)

México no es ajeno a este incremento; en el año 2009 la Secretaría de Salud informó un total de 2'188,592 nacimientos, de los cuales el 41% ocurrió por cesárea; la población no derechohabiente tuvo un porcentaje del 38%, mientras que la población asegurada obtuvo el 50%.

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. (2)

En 2017, México ocupó el segundo lugar en la tasa de cesáreas, tanto en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como a nivel mundial (46.8 y 48.7% respectivamente). (5)

La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. (2)

Los riesgos que puede implicar una cesárea son como cualquier otra cirugía, y mayor aún, en aquellas mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

Con base al lineamiento propuesto por la OMS, los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas requieren evaluar los avances en la salud materno-infantil y controlar la atención obstétrica de emergencia y la utilización de los recursos. El costo es también un factor importante en el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, ya que las cesáreas representan un gasto significativo para los sistemas sanitarios. (2)

Una de las causas principales de la dificultad que representa definir la tasa ideal de cesárea a cualquier nivel es la falta de un sistema de clasificación internacionalmente aceptado y fiable que genere datos estandarizados y que permita realizar comparaciones entre poblaciones para que posteriormente pueda ser una herramienta de investigación hacia los factores que determinan la tendencia ascendente en la cantidad de cesáreas. (2)

Desde hace una década se ha estudiado que algunos factores que incrementan la incidencia de cesárea tienen como base: avance tecnológico, cambios en los patrones culturales, aspectos profesionales y económicos, y, por último, la práctica de una medicina a la defensiva por el temor a problemas legales. (6). Sin embargo, diversos estudios en diferentes países han señalado que los factores para el incremento del porcentaje que tienen las cesáreas son multifactoriales y difíciles de estudiar.

Existen diversas indicaciones para la operación cesárea, siendo por causas maternas, fetales o mistas, las cuales se describen a continuación: (4)

- **CAUSAS MATERNAS:**

- Distocia de partes óseas (pelvis asimétrica, tumores óseos de la pelvis)
- Distocia de partes blandas (malformaciones congénitas, tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto)

- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, dos o más cesáreas previas
 - Distocia de contracción
 - Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta)
 - Patología materna (preeclampsia, eclampsia, nefropatías, cardiopatías, etc.)
- CAUSAS FETALES:
 - Sufrimiento fetal
 - Macrosomía fetal
 - Restricción del crecimiento intrauterino
 - Anhidramnios
 - Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
 - Prolapso de cordón umbilical o alguna extremidad fetal
 - Malformaciones fetales (hidrocefalia, alteraciones del tubo neural, defectos de la pared abdominal)
 - Cesárea post mortém
- CAUSAS MIXTAS:
 - Preeclampsia severa/eclampsia
 - Embarazos múltiples
 - Infección intramniótica
 - Isoinmunización materno-fetal
 - Mujeres con infección por VIH/SIDA

De acuerdo con lo establecido por el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura (4), se establecen estrategias para la reducción de la frecuencia de cesárea; dentro de los cuales se ha señalado:

- Vigilancia del indicador hospitalario del número de cesáreas en relación con el número de nacimientos
- Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas con relación a las metas institucionales establecidas.

- Retroalimentar con cifras exactas al personal operativo de las indicaciones de cesárea aplicadas correcta e incorrectamente en un periodo de tiempo, y dar seguimiento de las acciones y compromisos establecidos; así como una retroalimentación al personal de salud de la unidad.
- Capacitación permanente a las pacientes y sus familiares sobre las indicaciones de la operación cesárea, llevando a un plan nacional de cursos en el control prenatal para aumentar la cultura médica en las pacientes.
- Integrar un lineamiento para una cesárea segura en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria.
- Fortalecer la capacitación del personal de salud en técnicas de comunicación interpersonal y de orientación-consejería en salud reproductiva. (4)

III. JUSTIFICACIÓN

La disponibilidad de servicios para la atención obstétrica individualizada es crucial para la reducción de mortalidad materna prevenible. La cesárea, un componente esencial de la atención obstétrica, puede salvar vidas maternas y fetales al prevenir complicaciones durante el trabajo de parto cuando estén médicamente justificadas, sin embargo, la cesárea médicamente innecesaria no beneficia a las mujeres ni a sus recién nacidos, e incluso puede aumentar la morbilidad y mortalidad a corto y largo plazo. Dado que la tasa de cesárea se relaciona con la morbilidad y mortalidad materna y fetal, así como un mayor impacto económico, es importante monitorear la dinámica de los factores médicos que influyen para la interrupción del embarazo vía abdominal.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha expresado preocupación por el aumento global de la cesárea, particularmente en América Latina donde se tiene una tasa del 30 al 40% anual; mientras que la OMS ha recomendado que la tasa de cesárea no supere el 15%. Esta alta tasa de cesáreas sin una indicación específica está relacionada con el aumento de la oferta y la demanda; en el caso de la demanda, por el miedo de la paciente embarazada con los sucesos del parto y, en el caso de la oferta, estimulado en gran medida por los proveedores de

atención médica. Por ello, el estudio y análisis del factor médico será un parteaguas para el futuro de la cesárea como práctica de resolución del embarazo.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores profesionales de los obstetras relacionados con la elección de la cesárea como la vía de resolución obstétrica?

VI. HIPÓTESIS

6.1 Hipótesis de investigación (Hi)

El médico gineco-obstetra prefiere a la cesárea como vía de terminación del embarazo debido a factores económicos, legales y tradición por su formación profesional.

6.2 Hipótesis nula (Ho)

No se prefiere cesárea al momento de elegir la vía de resolución obstétrica.

6.3 Hipótesis alterna (Ha)

Se prefiere parto al momento de elegir la vía de resolución obstétrica.

VII. OBJETIVO

7.1 Objetivo general

Identificar los factores profesionales relacionados con la elección de la cesárea como la vía de resolución obstétrica.

7.2 Objetivos específicos

- Describir los rasgos individuales de los ginecoobstetras en términos de edad, sexo y escolaridad.

- Caracterizar la práctica de la cesárea, tomando en cuenta la frecuencia de realización, la sensación de seguridad/control que genera y las perspectivas sobre el futuro de la interrupción del embarazo vía vaginal.
- Especificar los factores determinantes de la realización de cesáreas.
- Estimar la relación entre los factores determinantes de la realización de cesáreas, las características de esta práctica y los rasgos individuales de los ginecoobstetras.

VIII. METODOLOGÍA

8.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo, observacional, transversal y prolectivo, de preferencia declarada por encuesta de elección.

8.2 Universo

Médicos ginecoobstetras titulados que cuenten con práctica médica continua en medio público, privado o ambos.

8.3 Tamaño de la muestra

No probabilística, por disponibilidad.

8.4 Criterios de inclusión

- Médico especialista en ginecología y obstetricia legalmente autorizado para ejercer su profesión con certificación por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia A. C.

8.5 Criterios de exclusión

- Médico ginecoobstetra laboralmente inactivo por más de 1 año hasta el momento de la publicación de la encuesta.

- Médico que no cuente con la certificación para la práctica regular de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.
- Especialistas cuya práctica se desarrolle más en el área administrativa que en el área clínica

8.6 Criterios de eliminación

- Médicos que no respondan la encuesta en su totalidad.

8.7 Definición de variables

- Actitud médica: En el arte de la medicina, la actitud clínica incluye confidencialidad, consentimiento, respeto por los derechos del paciente, que en último término son formas de relación humana.
- Parto: Fenómeno que finaliza con la gestación; que inicia de manera espontánea entre la semana 37-42° e implica el nacimiento de un recién nacido y alumbramiento.
- Cesárea: Intervención quirúrgica que corresponde a la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión abdominal y uterina.
- Distocia: Parto laborioso o difícil. Aquel que no cursa con normalidad.
- Fórceps: Instrumento en forma de tenaza, que se usa para extraer la criatura en parto difíciles.
- Vacum: Es un anglicismo que alude a aspirador o succionador, aunque un término más preciso sería “extractor”.
- Hemorragia obstétrica: Es la pérdida de cualquier cantidad de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente. Sin embargo, aún existen guías y protocolos internacionales que proponen como definición, aquella pérdida mayor de 500mL de sangre por parto vaginal y mayor de 1000mL por cesárea, disminución de un 10% en el hematocrito basal de la paciente.
- Óbito: La Organización Mundial de la Salud lo define como la muerte fetal que ocurre en un embarazo tardío.

- Profesión médica: Ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud; a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un conocimiento especializado.
- Influir: Dicho de una cosa: producir sobre otra, ciertos efectos. Dicho de una persona: ejercer predominio, o fuerza moral.
- Tiempo quirúrgico: Es todo procedimiento realizado en el quirófano que permite los siguientes momentos quirúrgicos: incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional, general o sedación profunda para controlar el dolor.
- Complicaciones maternas: Son aquellos acontecimientos que suceden en las pacientes que están sujetas a procedimiento obstétrico, siendo vía vaginal o abdominal. Entre las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan son: fiebre, hemorragia, infección, retención de restos placentarios, lesión de tejido adyacente.
- Complicaciones neonatales: Aquellas complicaciones que con mayor frecuencia se han asociado a los partos son: caput succedaneum, cefalohematoma, edema, abrasiones en el cuero cabelludo, hemorragia retinal. Por otro lado, las complicaciones asociadas al nacimiento vía abdominal son: retardo en la adaptabilidad pulmonar, taquipnea transitoria, síndrome de dificultad respiratoria.

8.8 Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prolectivo en médicos ginecoobstetras del sector público y privado que se encuentran ejerciendo la especialidad con certificación vigente en el período de 08 de Marzo al 28 de Junio del 2022. Previa autorización de los médicos obstetras y resguardando su privacidad.

El instrumento empleado fue un cuestionario de nueva creación, el cual consta de 22 ítems de opción múltiple en cada respuesta, no existe respuesta incorrecta.

Se le pide al médico participante que elija la respuesta que más se asemeje a su práctica profesional diaria, ya sea en el ámbito privado, público o ambos. Se solicita elegir solo una respuesta, de manera autónoma, preservando su privacidad.

Los resultados obtenidos fueron organizados, recopilados e introducidos en una base de datos. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos. De la tabla no. 1 a la no. 5 se calcularon frecuencias absolutas (cantidad de respuestas), frecuencias relativas (porcentaje) y se aplicó Prueba Chi Cuadrada con una alfa de Cronbach de 0.7 para identificar posibles relaciones de independencia entre variables. En la tabla no. 6 se realizaron regresiones logísticas para establecer cuáles características de los ginecoobstetras, cuáles factores y en qué medida se relacionaban con la práctica de la cesárea.

IX. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

9.1 Programa de trabajo

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
1. Formulación de cuestionario					
2. Aplicación de cuestionario al n muestras	8 de marzo al 28 de junio				
3. Recolección de datos		Abril-Junio			
4. Análisis estadístico				Junio-Julio	
5. Primeros Resultados				28 junio al 09 de Julio	
6. Resultados finales y conclusiones					11-14
7. Presentación de trabajo					15

9.2 Recursos Humanos

Dra. Cecilia Rojas Tavera, Dra. María del Pilar Velázquez Sánchez y Médicos ginecoobstetras con certificación vigente del sector público y privado.

9.3 Recursos Materiales

Hojas, plumas, computadora, tableta portátil

9.4 Presupuesto

Ninguno

X. RESULTADOS Y ANÁLISIS

De acuerdo con el tipo de estudio, se inicia el análisis con el índice de consistencia o fiabilidad llamada Alfa de Cronbach.

El Alfa de Cronbach es un coeficiente de corte estadístico, en donde se encuentran los valores entre 0-1, permitiendo validar el instrumento de manera objetiva. Se aplica a cuestionarios con ítems bien establecidos.

Los valores establecidos del alfa de Cronbach permitirán establecer si el cuestionario tiene validez o no, de acuerdo con los siguientes rangos:

- < 0.5 Inaceptable
- 0.5 a 0.6 Validez pobre
- 0.6 a 0.7 Validez débil
- 0.7 a 0.8 Validez aceptable
- 0.8 a 0.9 Validez buena
- 0.9 Validez excelente

Como podemos observar en la Imagen 1., y consecutivamente al análisis de los datos obtenidos por la encuesta que se encuentra en el Anexo 1; se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.7434, instaurando con ello, una validez aceptable del instrumento utilizado para la elaboración de este estudio.

Imagen 1. Alfa de Cronbach

Test scale = mean(standardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem correlation	alpha
lineamientos normalresol	113	+	0.1280	-0.0108	0.1758	0.7619
cesareaeleva	113	+	0.7011	0.6196	0.1362	0.7028
factordetevi	113	+	0.2975	0.1638	0.1641	0.7465
resolucionva	111	+	0.5507	0.4438	0.1466	0.7204
complicagrvt	113	+	0.2963	0.1631	0.1643	0.7468
factorantevr	113	+	0.6161	0.5187	0.1421	0.7130
tiempodedica	113	+	0.6389	0.5454	0.1404	0.7102
mayorcesarea	113	+	0.5615	0.4553	0.1458	0.7191
tenidoobito	113	-	0.1470	0.0087	0.1747	0.7605
capazinfluir	113	+	0.4387	0.3168	0.1543	0.7324
factoreconvr	105	-	0.4343	0.3118	0.1544	0.7325
expulsivodva	113	-	0.4019	0.2767	0.1570	0.7364
razonexpdis	113	-	0.3921	0.2663	0.1578	0.7375
porcentajevs	113	+	0.7483	0.6764	0.1328	0.6967
futurointevn	113	-	0.2640	0.1291	0.1665	0.7497
Test scale					0.1533	0.7434

En esta parte del documento se presentan los resultados obtenidos a partir de la información procedente de las encuestas aplicadas a los ginecoobstetras participantes, que posteriormente fue procesada y analizada. La exposición de los hallazgos principia con la descripción de los rasgos individuales de estos sujetos; más adelante se caracteriza la práctica de la cesárea; seguidamente se especifican los diversos factores determinantes de la realización de cesáreas; y, en último término, se estima –mediante técnicas estadísticas– la relación entre los factores determinantes de la realización de cesáreas, las características de esta práctica, y los rasgos individuales de los especialistas participantes.

10.1 Rasgos individuales de los ginecoobstetras

Se contó con la participación de 113 ginecoobstetras que cumplieron con los criterios de inclusión. De este total de encuestados, hubo participaciones similares entre hombres (51,3%) y mujeres (48,7%), además, los sujetos del grupo etario más joven tuvieron una frecuencia mayor respecto al resto (38,1%). En cuanto a la escolaridad, prevaleció la formación profesional ginecoobstétrica de naturaleza pública (66,4%), así como aquellos sin subespecialidad (51,8%). En esencia, la experiencia en este campo comprende 11 – 20 años (33,6%), así como más de 20 años (29,2%), la cual ha tenido lugar principalmente en el ámbito privado (54%) (Tabla 1).

Tabla 1. Rasgos individuales de los ginecoobstetras. Frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%)

Variables	Categorías	n	%
Sexo	<i>Hombre</i>	58	51,3
	<i>Mujer</i>	55	48,7
Edad (años)	<i>30 - 40</i>	43	38,1
	<i>41 - 50</i>	33	29,2
	<i>51 - 60</i>	24	21,2
	<i>> 60</i>	13	11,5
Tipo de formación profesional ginecoobstétrica	<i>Público</i>	75	66,4
	<i>Privado</i>	38	33,6
Subespecialidad	<i>Ninguna</i>	58	51,8
	<i>Biología de la reproducción</i>	20	17,9
	<i>Medicina materno-fetal</i>	18	16,1
	<i>Uroginecología</i>	8	7,1
	<i>Oncología ginecológica</i>	5	4,5

	<i>Medicina crítica en obstetricia</i>	3	2,7
Experiencia ginecoobstétrica (años)	< 5	24	21,2
	5 - 10	18	15,9
	11 - 20	38	33,6
	> 20	33	29,2
Tipo de campo laboral predominante	<i>Privado</i>	61	54,0
	<i>Ambos</i>	29	25,7
	<i>Público</i>	23	20,4
	Total	113	100,0

Fuente: Diseño y cálculos propios a partir de información de las encuestas

10.2 Caracterización de la práctica de la cesárea

Dentro de lo que concierne a la práctica de la cesárea –de acuerdo con la opinión de los ginecoobstetras encuestados– se conoció que su prevalencia en los últimos 6 meses ha sido relativamente alta, ubicándose en torno al 50% (30,1%), al 70% (30,1%), así como en más del 90% (20,4%). En relación con esto, se detectó que más de la mitad de los especialistas (53,1%) reconoció que es habitual la realización de cesárea electiva, y en caso de que una paciente curse con embarazo normoevolutivo y condiciones obstétricas de bajo riesgo se realizará parto vía vaginal (84,1%), a pesar de ello, una proporción de encuestados –que, aunque relativamente reducida, pero no por eso despreciable– se manifestó a favor de optar por la cesárea (15,9%).

En adición, los especialistas en ginecoobstetricia declararon percibir que la vía de resolución vaginal les produce mayor seguridad y control durante el evento obstétrico (56,8%), mientras que el resto se manifestó a favor de la intervención abdominal (43,2%). Finalmente, se indagó por la opinión ante el futuro de la interrupción del embarazo vía vaginal, ante esto, casi la mitad expresó que aumentará (42,5%), en cambio, una cuarta parte de los sujetos indicó que disminuirá (25,7%), mientras que los restantes adujeron que no se presentarán modificaciones en relación con el escenario actual (31,9%) (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de la práctica de la cesárea. Frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%)

Variables	Categorías	n	%
Porcentaje de cesáreas realizadas en la práctica médica (últimos 6 meses)	<30%	22	19,5
	50%	34	30,1
	70%	34	30,1
	> 90%	23	20,4
Realización habitual de cesárea electiva	No	53	46,9
	Sí	60	53,1
Vía de resolución que elige si una paciente cursa embarazo con evolución normal y condiciones obstétricas de bajo riesgo	Parto vaginal	95	84,1
	Cesárea	18	15,9
Vía de resolución que le otorga mayor seguridad y control durante el evento obstétrico	Vaginal	63	56,8
	Abdominal	48	43,2
Opinión sobre el futuro de la interrupción del embarazo vía vaginal	Aumentará	48	42,5
	Disminuirá	29	25,7
	Desaparecerá	0	0,0
	No habrá modificaciones	36	31,9
Total		113	100,0

Fuente: Diseño y cálculos propios a partir de información de las encuestas

También fue de interés presentar de manera simultánea las características de la práctica de la cesárea y los rasgos individuales de los ginecoobstetras, a fin de evaluar la distribución de frecuencias conjunta. En la Tabla 3, en primera instancia, se puede apreciar que la proporción de cesáreas realizadas durante la práctica médica durante los últimos 6 meses se distribuye de manera independiente a los diversos rasgos individuales de los encuestados, a excepción de (F) el tipo de campo laboral donde de manera predominante se ha desempeñado (p : 0,004). En efecto, las participaciones estimadas permiten afirmar que los especialistas con mayor experiencia en el ámbito de lo privado tendieron a presentar mayores proporciones de realización de cesáreas en el semestre anterior –50% de cesáreas (41,2%), 70% (61,8%) y > 90% (78,3%)– respecto a quienes han ejercido en el sector público o público/privado.

En segundo lugar, la realización habitual de cesáreas electivas no resultó independiente de (C) el tipo de formación profesional gineco-obstétrica (p : 0,000), sobre todo porque la gran mayoría de especialistas formados en instituciones educativas de naturaleza pública reconocieron que no llevan a cabo habitualmente estos procedimientos (83%), mientras que aquellos que sí lo hacen se distribuyen entre los formados en el ramo de lo público (51,7%) y de lo privado (48,3%). Tampoco hubo independencia frente a (F) el

tipo de campo laboral predominante ($p: 0,000$), en tanto que quienes realizan cesáreas electivas con frecuencia son los ginecoobstetras que se desempeñan en el sector privado (68,3%), en comparación con quienes no llevan a cabo con habitualidad esta práctica, que son más que todo los que laboran en contextos públicos (39,6%).

De esto se puede afirmar, con fundamento en la evidencia empírica expuesta, que la práctica de la cesárea resulta relativamente independiente de los rasgos individuales de los ginecoobstetras que participaron como encuestados dentro de la presente investigación.

Tabla 3. Caracterización de la práctica de la cesárea según rasgos individuales de los ginecoobstetras. Frecuencias absolutas (n), frecuencias relativas (%) y significancia estadística de chi cuadrado (p)

Variables	Categorías	A		B				C		D						E				F			
		Hombre	Mujer	30 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	Público	Privado	Biología de la reproducción	Medicina materno-fetal	Uroginecología	Oncología ginecológica	Medicina crítica en obstetricia	Ninguna	< 5	5 - 10	11 - 20	> 20	Privado	Público	Ambos	
Porcentaje de cesáreas realizadas en la práctica médica (últimos 6 meses)	<30%	n	14	8	8	3	7	4	14	8	2	5	3	0	1	11	2	5	5	10	8	8	6
		%	63,6	36,4	36,4	13,6	31,8	18,2	63,6	36,4	9,1	22,7	13,6	0,0	4,5	50,0	9,1	22,7	22,7	45,5	36,4	36,4	27,3
	50%	n	15	19	16	14	2	2	27	7	8	4	0	1	0	20	11	3	15	5	14	12	8
		%	44,1	55,9	47,1	41,2	5,9	5,9	79,4	20,6	24,2	12,1	0,0	3,0	0,0	60,6	32,4	8,8	44,1	14,7	41,2	35,3	23,5
	70%	n	19	15	13	7	9	5	22	12	6	8	2	2	2	14	8	7	8	11	21	3	10
	%	55,9	44,1	38,2	20,6	26,5	14,7	64,7	35,3	17,6	23,5	5,9	5,9	5,9	41,2	23,5	20,6	23,5	32,4	61,8	8,8	29,4	
	> 90%	n	10	13	6	9	6	2	12	11	4	1	3	2	0	13	3	3	10	7	18	0	5
		%	43,5	56,5	26,1	39,1	26,1	8,7	52,2	47,8	17,4	4,3	13,0	8,7	0,0	56,5	13,0	13,0	43,5	30,4	78,3	0,0	21,7
		p	0,409		0,102				0,188		0,303						0,098				0,004		
Realización habitual de cesárea electiva	No	n	27	26	19	15	11	8	44	9	11	6	3	2	1	29	12	5	19	17	20	21	12
		%	50,9	49,1	35,8	28,3	20,8	15,1	83,0	17,0	21,2	11,5	5,8	3,8	1,9	55,8	22,6	9,4	35,8	32,1	37,7	39,6	22,6
	Sí	n	31	29	24	18	13	5	31	29	9	12	5	3	2	29	12	13	19	16	41	2	17
	%	51,7	48,3	40,0	30,0	21,7	8,3	51,7	48,3	15,0	20,0	8,3	5,0	3,3	48,3	20,0	21,7	31,7	26,7	68,3	3,3	28,3	
		p	0,939		0,733				0,000		0,750						0,367				0,000		
Vía de resolución que elige si una paciente cursa embarazo con evolución normal y condiciones obstétricas de bajo riesgo	Parto vaginal	n	46	49	40	26	17	12	64	31	17	15	5	4	3	50	24	15	31	25	48	22	25
		%	48,4	51,6	42,1	27,4	17,9	12,6	67,4	32,6	18,1	16,0	5,3	4,3	3,2	53,2	25,3	15,8	32,6	26,3	50,5	23,2	26,3
	Cesárea	n	12	6	3	7	7	1	11	7	3	3	3	1	0	8	0	3	7	8	13	1	4
	%	66,7	33,3	16,7	38,9	38,9	5,6	61,1	38,9	16,7	16,7	16,7	5,6	0,0	44,4	0,0	16,7	38,9	44,4	72,2	5,6	22,2	
		p	0,156		0,070				0,606		0,608						0,092				0,156		
Vía de resolución que le otorga mayor seguridad y control durante el evento obstétrico	Vaginal	n	32	31	25	17	15	6	39	24	8	13	4	3	2	33	14	11	22	16	37	8	18
		%	50,8	49,2	39,7	27,0	23,8	9,5	61,9	38,1	12,7	20,6	6,3	4,8	3,2	52,4	22,2	17,5	34,9	25,4	58,7	12,7	28,6
	Abdominal	n	26	22	16	16	9	7	34	14	12	5	4	2	1	23	9	7	15	17	24	14	10
	%	54,2	45,8	33,3	33,3	18,8	14,6	70,8	29,2	25,5	10,6	8,5	4,3	2,1	48,9	18,8	14,6	31,3	35,4	50,0	29,2	20,8	
		p	0,724		0,663				0,326		0,488						0,723				0,093		

Opinión sobre el futuro de la interrupción del embarazo vía vaginal	<i>Aumentará</i>	<i>n</i>	22	26	21	15	9	3	35	13	7	12	3	1	0	24	11	9	17	11	22	13	13
		<i>%</i>	45,8	54,2	43,8	31,3	18,8	6,3	72,9	27,1	14,9	25,5	6,4	2,1	0,0	51,1	22,9	18,8	35,4	22,9	45,8	27,1	27,1
	<i>Disminuirá</i>	<i>n</i>	13	16	9	7	8	5	16	13	8	2	1	2	2	14	5	4	8	12	22	2	5
		<i>%</i>	44,8	55,2	31,0	24,1	27,6	17,2	55,2	44,8	27,6	6,9	3,4	6,9	6,9	48,3	17,2	13,8	27,6	41,4	75,9	6,9	17,2
	<i>Desaparecerá</i>	<i>n</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		<i>%</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<i>No habrá modificaciones</i>	<i>n</i>	23	13	13	11	7	5	24	12	5	4	4	2	1	20	8	5	13	10	17	8	11
		<i>%</i>	63,9	36,1	36,1	30,6	19,4	13,9	66,7	33,3	13,9	11,1	11,1	5,6	2,8	55,6	22,2	13,9	36,1	27,8	47,2	22,2	30,6
		<i>p</i>	0,188		0,667				0,279		0,249						0,772				0,080		

- *Rasgos individuales de los ginecoobstetras:*
A: Sexo B: Edad C: Tipo de formación profesional ginecoobstétrica D: Subespecialidad
E: Experiencia ginecoobstétrica (años) F: Tipo de campo laboral predominante
- *p* correspondiente al estadístico chi cuadrado. Se señalan en negrita y en gris aquellos $p < 0,05$

Fuente: Diseño y cálculos propios a partir de información de las encuestas

10.3 Factores determinantes de la realización de cesáreas

Fueron variados los factores considerados dentro de este estudio como condicionantes de la realización de la práctica de las cesáreas entre los ginecoobstetras. Llamó la atención que una proporción relevante de estos sujetos (66,4%) expresara que la posibilidad de complicaciones materno-fetales constituye el factor determinante para optar por practicar una cesárea sobre un parto vaginal. En menor medida fueron reportados la posibilidad de complicaciones quirúrgicas (12,4%) y el deseo de la paciente y/o algún familiar (8,8%).

En relación con los lineamientos establecidos en el área de trabajo, hubo participaciones claramente similares entre quienes consideran que influyen en la decisión de optar por la vía vaginal sobre la vía abdominal (49,6%) y quienes indicaron una respuesta negativa al respecto (50,4%). De otro lado, se halló que una proporción ligeramente mayor de ginecoobstetras externó que ha tenido que enfrentar alguna complicación materna grave que influya en su práctica médica actual (52,2%). Mientras tanto, muchos encuestados son conscientes de que el hecho de afrontar este tipo de situaciones no es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal (66,4%). Pudo conocerse también que los especialistas encuestados indicaron que el tiempo dedicado a atender un parto no influye en la vía de nacimiento (68,1%). Empero, algunos consideran que es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal (44,2%) mientras que el resto adujo lo contrario (55,8%).

Poco más de la mitad de los participantes expresaron que, durante su ejercicio profesional, han tenido que atender óbitos (51,3%), aunque esto no lo suelen considerar como un elemento condicionante o determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal (56,6%). Sumado a lo descrito, se halló que el factor económico tiende a conducir a los especialistas a resolver el embarazo mediante la vía vaginal (71,4%). A su vez, la presencia de distocia que implique instrumentar el parto impulsa, más bien, a la práctica de la cesárea (77%). Entre tanto, la seguridad del binomio madre-hijo (34,5%) y la reducción del tiempo expulsivo (18,6%) fueron los motivos más frecuentemente expresados para la instrumentación del parto por distocia.

Tabla 4. Factores determinantes de la realización de cesáreas. Frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%)

Variables	Categorías	n	%
Factor determinante para decidir cesárea sobre parto vaginal, según experiencia profesional	<i>Posibilidad de complicaciones materno-fetales</i>	75	66,4
	<i>Posibilidad de complicaciones quirúrgicas</i>	14	12,4
	<i>Deseo de la paciente y/o familiar</i>	10	8,8
	<i>Hemorragia obstétrica</i>	6	5,3
	<i>Control de tiempo quirúrgico</i>	6	5,3
	<i>Implicaciones legales</i>	2	1,8
	<i>Honorarios</i>	0	0,0
Los lineamientos establecidos en el área de trabajo influyen en la decisión de optar por la vía vaginal sobre la vía abdominal	<i>No</i>	57	50,4
	<i>Sí</i>	56	49,6
Ha tenido que enfrentar alguna complicación materna grave que influya en su práctica médica actual	<i>No</i>	54	47,8
	<i>Sí</i>	59	52,2
Enfrentar alguna complicación materna grave es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal	<i>No</i>	75	66,4
	<i>Sí</i>	38	33,6
Tiempo dedicado a atender un parto influye en la vía de nacimiento	<i>No</i>	77	68,1
	<i>Sí</i>	36	31,9
El tiempo dedicado a atender un parto es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal	<i>No</i>	63	55,8
	<i>Sí</i>	50	44,2
Alguna de sus pacientes ha tenido un óbito	<i>No</i>	55	48,7
	<i>Sí</i>	58	51,3
El hecho de que alguna de las pacientes haya tenido un óbito es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal	<i>No</i>	64	56,6
	<i>Sí</i>	49	43,4
Vía de resolución del embarazo que es determinada por el factor económico	<i>Parto vaginal</i>	75	71,4
	<i>Cesárea</i>	30	28,6
Decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto	<i>Parto instrumentado</i>	26	23,0
	<i>Cesárea</i>	87	77,0
Motivo de la decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto	<i>Seguridad para el binomio</i>	39	34,5
	<i>Reducir el tiempo expulsivo</i>	21	18,6
	<i>Falta de capacitación en la instrumentación del uso de fórceps</i>	19	16,8
	<i>Evitar problemas legales</i>	18	15,9
	<i>Mayor familiaridad con la cesárea</i>	16	14,2
Total		113	100,0

Fuente: Diseño y cálculos propios a partir de información de las encuestas

Tal como se llevó a cabo en la sección anterior, también resultó importante observar la forma en que se distribuyen los factores determinantes de la realización de cesáreas en función de las características individuales de los ginecoobstetras. Los cálculos estadísticos efectuados condujeron a evidenciar que los factores determinantes para decidir una cesárea sobre un parto vaginal no resultaron independientes de (B) la edad de los especialistas ($p: 0,007$) Esto puede tener lugar porque los más jóvenes –en este caso pertenecientes al grupo de 30 a 40 años– destacaron a la hora de reconocer la posibilidad de complicaciones quirúrgicas (50%) y de complicaciones materno-fetales (41,3%), mientras que en los demás grupos etarios se aprecian respuestas variadas. Junto con lo mencionado estuvo también (F) la experiencia profesional ($p: 0,025$). A este respecto se aprecia que la posibilidad de complicaciones quirúrgicas (42,9%) fue mencionada sobre todo por encuestados con poca experiencia laboral (< 5 años); esto contrastó con factores tales como la hemorragia obstétrica, las implicaciones legales, y el deseo de la paciente y/o familiar (66,7%, 50%, 40%, respectivamente), los cuales fueron elegidos por los ginecoobstetras con más de 20 años de experiencia.

Los lineamientos vigentes en el área de trabajo y su efecto sobre la elección de la vía para la resolución del parto tendieron a no ser independientes de (D) la subespecialidad del encuestado ($p: 0,016$) y de (F) el tipo de campo laboral predominante ($p: 0,000$). Con respecto a este último rasgo, se apreció que los especialistas que laboran en escenarios privados destacaron al indicar que los lineamientos no influyen en la decisión de optar por la vía vaginal sobre la vía abdominal (70,2%), en cambio, para quienes se presenta tal influencia el ámbito de desempeño laboral resulta variado, ya sea público, privado o en ambos.

Otro elemento propio de la práctica médica consiste en las complicaciones maternas que eventualmente pueden ocurrir durante el parto. La información recabada conllevó a entrever que estos eventos pueden estar relacionados con (B) la edad del especialista ($p: 0,001$). De hecho, los individuos más jóvenes fueron propensos a indicar que no han experimentado este tipo de eventos adversos (55,6%), cosa contraria a lo indicado por quienes tienen mayor edad, específicamente 41 a 50 años (30,5%) y 51 a 60 años (32,2%). En correspondencia con lo mencionado, la (F) experiencia laboral profesional

también fue relevante en términos de tener que afrontar complicaciones maternas (p : 0,048). Las cifras sugieren que entre los especialistas más experimentados fue más común el hecho de enfrentar estos eventos (11 – 20 años de experiencia: 33,9%, y > 20 años: 39%); como contrapunto de esto, se observó que aquellos con menor experiencia no han tenido que atender mujeres en esta condición (< 5 años: 29,6%).

El tiempo dedicado a atender un parto mantuvo relación de dependencia con la (F) experiencia laboral profesional (p : 0,005). Las cifras coadyuvaron a entender que para quienes tal tiempo determina la vía de nacimiento, tendieron tener una menor experiencia laboral (< 5 años: 69,4%). A este tenor, también el tiempo dedicado a atender un parto, como determinante de la decisión de optar por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal, no fue independiente de (B) la edad (p : 0,038). De manera análoga, la edad se vinculó con el hecho de haber tenido que atender pacientes con óbito (p : 0,000), lo que simultáneamente se encuentra ligado de modo no independiente con la experiencia laboral (p : 0,001).

Se evidenció que la decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto estuvo relacionada con (B) la edad (p : 0,001) y (E) los años de experiencia del especialista (p : 0,000). Un aspecto común que destacar fue que las personas más jóvenes y de menor experiencia fueron más propensos a inclinarse por la realización de cesáreas.

El último término los motivos de la decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto se relacionaron con la manera en que se distribuye (B) la edad del especialista (p : 0,002), (E) los años de experiencia laboral con que cuenta (p : 0,001), y (F) el tipo de campo laboral predominante (p : 0,045).

Tabla 5. Factores determinantes de la realización de cesáreas según rasgos individuales de los ginecoobstetras. Frecuencias absolutas (n), frecuencias relativas (%) y significancia estadística de chi cuadrado (p)

Variables	Categorías	A		B				C		D						E				F			
		Hombre	Mujer	30 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	Público	Privado	Biología de la reproducción	Medicina materno-fetal	Uroginecología	Oncología ginecológica	Medicina crítica en obstetricia	Ninguna	< 5	5 - 10	11 - 20	> 20	Privado	Público	Ambos	
Factor determinante para decidir cesárea sobre parto vaginal, según experiencia profesional	Hemorragia obstétrica	n	4	2	2	1	1	2	4	2	2	0	0	0	1	3	2	0	0	4	3	0	3
		%	66,7	33,3	33,3	16,7	16,7	33,3	66,7	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	16,7	50,0	33,3	0,0	0,0	66,7	50,0	0,0	50,0
	Posibilidad de complicaciones quirúrgicas	n	6	8	7	3	4	0	9	5	1	0	4	1	0	8	6	3	1	4	5	5	4
		%	42,9	57,1	50,0	21,4	28,6	0,0	64,3	35,7	7,1	0,0	28,6	7,1	0,0	57,1	42,9	21,4	7,1	28,6	35,7	35,7	28,6
	Control de tiempo quirúrgico	n	3	3	0	6	0	0	4	2	1	0	0	1	0	4	0	0	6	0	5	0	1
		%	50,0	50,0	0,0	100,0	0,0	0,0	66,7	33,3	16,7	0,0	0,0	16,7	0,0	66,7	0,0	0,0	100,0	0,0	83,3	0,0	16,7
	Posibilidad de complicaciones materno-fetales	n	39	36	31	18	19	7	51	24	13	17	3	3	2	36	15	14	26	20	42	17	16
		%	52,0	48,0	41,3	24,0	25,3	9,3	68,0	32,0	17,6	23,0	4,1	4,1	2,7	48,6	20,0	18,7	34,7	26,7	56,0	22,7	21,3
	Honorarios	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Deseo de la paciente y/o familiar	n	5	5	3	4	0	3	6	4	3	1	1	0	0	5	1	1	4	4	6	0	4	
	%	50,0	50,0	30,0	40,0	0,0	30,0	60,0	40,0	30,0	10,0	10,0	0,0	0,0	50,0	10,0	10,0	40,0	40,0	60,0	0,0	40,0	
Implicaciones legales	n	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1	
	%	50,0	50,0	0,0	50,0	0,0	50,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	
	p	0,963		0,007				0,991		0,203						0,025				0,190			
Los lineamientos establecidos en el área de trabajo influyen en la decisión de optar por la vía vaginal sobre la vía abdominal	No	n	30	27	17	18	16	6	34	23	16	9	2	1	0	29	7	9	23	18	40	4	13
		%	52,6	47,4	29,8	31,6	28,1	10,5	59,6	40,4	28,1	15,8	3,5	1,8	0,0	50,9	12,3	15,8	40,4	31,6	70,2	7,0	22,8
	Sí	n	28	28	26	15	8	7	41	15	4	9	6	4	3	29	17	9	15	15	21	19	16
	%	50,0	50,0	46,4	26,8	14,3	12,5	73,2	26,8	7,3	16,4	10,9	7,3	5,5	52,7	30,4	16,1	26,8	26,8	37,5	33,9	28,6	
	p	0,780		0,180				0,127		0,016						0,106				0,000			
Ha tenido que enfrentar alguna complicación materna grave que influya en su práctica médica actual	No	n	23	31	30	15	5	4	37	17	10	11	4	2	0	27	16	10	18	10	31	11	12
		%	42,6	57,4	55,6	27,8	9,3	7,4	68,5	31,5	18,5	20,4	7,4	3,7	0,0	50,0	29,6	18,5	33,3	18,5	57,4	20,4	22,2
	Sí	n	35	24	13	18	19	9	38	21	10	7	4	3	3	31	8	8	20	23	30	12	17
	%	59,3	40,7	22,0	30,5	32,2	15,3	64,4	35,6	17,2	12,1	6,9	5,2	5,2	53,4	13,6	13,6	33,9	39,0	50,8	20,3	28,8	
	p	0,076		0,001				0,644		0,517						0,048				0,704			

Enfrentar alguna complicación materna grave es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal	No	n	38	37	28	24	14	9	51	24	13	12	4	2	2	41	17	10	30	18	38	17	20		
		%	50,7	49,3	37,3	32,0	18,7	12,0	68,0	32,0	17,6	16,2	5,4	2,7	2,7	55,4	22,7	13,3	40,0	24,0	50,7	22,7	26,7		
	Sí	n	20	18	15	9	10	4	24	14	7	6	4	3	1	17	7	8	8	15	23	6	9		
		%	52,6	47,4	39,5	23,7	26,3	10,5	63,2	36,8	18,4	15,8	10,5	7,9	2,6	44,7	18,4	21,1	21,1	39,5	60,5	15,8	23,7		
		p	0,843				0,713				0,607				0,699				0,116				0,569		
Tiempo dedicado a atender un parto influye en la vía de nacimiento	No	n	38	39	29	19	18	11	53	24	15	11	3	2	2	43	15	10	28	24	36	22	19		
		%	49,4	50,6	37,7	24,7	23,4	14,3	68,8	31,2	19,7	14,5	3,9	2,6	2,6	56,6	19,5	13,0	36,4	31,2	46,8	28,6	24,7		
	Sí	n	20	16	14	14	6	2	22	14	5	7	5	3	1	15	9	8	10	9	25	1	10		
		%	55,6	44,4	38,9	38,9	16,7	5,6	61,1	38,9	13,9	19,4	13,9	8,3	2,8	41,7	25,0	22,2	27,8	25,0	69,4	2,8	27,8		
		p	0,539				0,278				0,418				0,217				0,471				0,005		
El tiempo dedicado a atender un parto es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal	No	n	34	29	24	13	15	11	44	19	12	9	4	2	3	32	15	7	18	23	29	17	17		
		%	54,0	46,0	38,1	20,6	23,8	17,5	69,8	30,2	19,4	14,5	6,5	3,2	4,8	51,6	23,8	11,1	28,6	36,5	46,0	27,0	27,0		
	Sí	n	24	26	19	20	9	2	31	19	8	9	4	3	0	26	9	11	20	10	32	6	12		
		%	48,0	52,0	38,0	40,0	18,0	4,0	62,0	38,0	16,0	18,0	8,0	6,0	0,0	52,0	18,0	22,0	40,0	20,0	64,0	12,0	24,0		
		p	0,528				0,038				0,381				0,643				0,102				0,089		
Alguna de sus pacientes ha tenido un óbito	No	n	27	28	32	14	7	2	36	19	10	12	4	2	2	25	18	11	18	8	34	9	12		
		%	49,1	50,9	58,2	25,5	12,7	3,6	65,5	34,5	18,2	21,8	7,3	3,6	3,6	45,5	32,7	20,0	32,7	14,5	61,8	16,4	21,8		
	Sí	n	31	27	11	19	17	11	39	19	10	6	4	3	1	33	6	7	20	25	27	14	17		
		%	53,4	46,6	19,0	32,8	29,3	19,0	67,2	32,8	17,5	10,5	7,0	5,3	1,8	57,9	10,3	12,1	34,5	43,1	46,6	24,1	29,3		
		p	0,643				0,000				0,841				0,608				0,001				0,263		
Que alguna de las pacientes haya tenido un óbito es determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal	No	n	35	29	23	22	10	9	46	18	11	12	5	2	1	33	13	11	23	17	29	15	20		
		%	54,7	45,3	35,9	34,4	15,6	14,1	71,9	28,1	17,2	18,8	7,8	3,1	1,6	51,6	20,3	17,2	35,9	26,6	45,3	23,4	31,3		
	Sí	n	23	26	20	11	14	4	29	20	9	6	3	3	2	25	11	7	15	16	32	8	9		
		%	46,9	53,1	40,8	22,4	28,6	8,2	59,2	40,8	18,8	12,5	6,3	6,3	4,2	52,1	22,4	14,3	30,6	32,7	65,3	16,3	18,4		
		p	0,414				0,207				0,157				0,836				0,851				0,103		
Vía de resolución del embarazo que es determinada por el factor económico	Parto vaginal	n	44	31	28	24	13	10	52	23	14	15	5	2	3	36	13	16	26	20	39	16	20		
		%	58,7	41,3	37,3	32,0	17,3	13,3	69,3	30,7	18,7	20,0	6,7	2,7	4,0	48,0	17,3	21,3	34,7	26,7	52,0	21,3	26,7		
	Cesárea	n	11	19	14	8	6	2	18	12	3	3	3	3	0	18	10	2	9	9	16	6	8		
		%	36,7	63,3	46,7	26,7	20,0	6,7	60,0	40,0	10,0	10,0	10,0	10,0	0,0	60,0	33,3	6,7	30,0	30,0	53,3	20,0	26,7		
		p	0,041				0,663				0,359				0,238				0,144				0,987		
Decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto	Parto instrumentado	n	15	11	4	6	8	8	18	8	7	4	1	1	0	12	3	0	7	16	11	7	8		
		%	57,7	42,3	15,4	23,1	30,8	30,8	69,2	30,8	28,0	16,0	4,0	4,0	0,0	48,0	11,5	0,0	26,9	61,5	42,3	26,9	30,8		
	Cesárea	n	43	44	39	27	16	5	57	30	13	14	7	4	3	46	21	18	31	17	50	16	21		
		%	49,4	50,6	44,8	31,0	18,4	5,7	65,5	34,5	14,9	16,1	8,0	4,6	3,4	52,9	24,1	20,7	35,6	19,5	57,5	18,4	24,1		
		p	0,459				0,001				0,725				0,659				0,000				0,385		

Motivo de la decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto	<i>Falta de capacitación en uso de fórceps</i>	<i>n</i>	6	13	15	3	0	1	12	7	2	5	0	0	1	11	12	2	4	1	12	6	1
		<i>%</i>	31,6	68,4	78,9	15,8	0,0	5,3	63,2	36,8	10,5	26,3	0,0	0,0	5,3	57,9	63,2	10,5	21,1	5,3	63,2	31,6	5,3
	<i>Reducir el tiempo expulsivo</i>	<i>n</i>	13	8	4	5	6	6	16	5	5	3	0	1	0	11	3	0	7	11	7	7	7
		<i>%</i>	61,9	38,1	19,0	23,8	28,6	28,6	76,2	23,8	25,0	15,0	0,0	5,0	0,0	55,0	14,3	0,0	33,3	52,4	33,3	33,3	33,3
	<i>Seguridad para el binomio</i>	<i>n</i>	19	20	12	14	11	2	25	14	4	4	4	2	2	23	4	9	14	12	21	6	12
		<i>%</i>	48,7	51,3	30,8	35,9	28,2	5,1	64,1	35,9	10,3	10,3	10,3	5,1	5,1	59,0	10,3	23,1	35,9	30,8	53,8	15,4	30,8
	<i>Evitar problemas legales</i>	<i>n</i>	13	5	5	6	3	4	14	4	5	2	3	2	0	6	2	3	7	6	8	4	6
		<i>%</i>	72,2	27,8	27,8	33,3	16,7	22,2	77,8	22,2	27,8	11,1	16,7	11,1	0,0	33,3	11,1	16,7	38,9	33,3	44,4	22,2	33,3
	<i>Mayor familiaridad con la cesárea</i>	<i>n</i>	7	9	7	5	4	0	8	8	4	4	1	0	0	7	3	4	6	3	13	0	3
		<i>%</i>	43,8	56,3	43,8	31,3	25,0	0,0	50,0	50,0	25,0	25,0	6,3	0,0	0,0	43,8	18,8	25,0	37,5	18,8	81,3	0,0	18,8
	<i>p</i>		0,111		0,002			0,399				0,412					0,001				0,045		

- *Rasgos individuales de los ginecoobstetras:*
A: Sexo B: Edad C: Tipo de formación profesional gineco-obstétrica D: Subespecialidad
E: Experiencia gineco-obstétrica (años) F: Tipo de campo laboral predominante
- *p* correspondiente al estadístico chi cuadrado. Se señalan en negra y en gris aquellos $p < 0,05$

Fuente: Diseño y cálculos propios a partir de información de las encuestas

10.4 Relación entre los factores determinantes de la realización de cesáreas, las características de esta práctica, y los rasgos individuales de los ginecoobstetras

La presente constituye la última sección de los resultados. Aquí se exponen los hallazgos derivados del procedimiento estadístico mediante el que se buscó calcular cuantitativamente la relación entre los factores determinantes de la realización de cesáreas, las características de esta práctica, y los rasgos individuales de los ginecoobstetras encuestados. Para cumplir con esta finalidad se estimaron regresiones logísticas bivariadas, centrando el interés en los *odds ratios* y su respectivo valor *p*, indicativo de significancia estadística.

10.5 Los datos contenidos en la Tabla 6 (ver intervalos de confianza de los OR en la Tabla 7) desvelaron que fueron relativamente pocos los rasgos individuales de los ginecoobstetras que se relacionaron con aspectos de la práctica de la cesárea. En concreto, se apreció que, por un lado, el hecho de contar con formación profesional ginecoobstétrica de tipo público reduce la propensión (OR: 0,219, *p*: 0,0001) a (B) realizar habitualmente cesáreas electivas, en comparación con quienes tienen formación de tipo privado. Por otro lado, desempeñarse en un campo laboral predominantemente público induce también a una menor (OR: 0,067, *p*: 0,0001) (B) realización habitual de cesáreas electivas.

Fueron más frecuentes las relaciones estadísticamente significativas entre la práctica de la cesárea y los factores determinantes de su realización. Tal fue el caso de que el control del tiempo quirúrgico sea un factor que incrementa notablemente la posibilidad de una cesárea (OR: 18, *p*: 0,034), incluso en casos de que la paciente curse embarazo normal y de bajo riesgo. Sumado a esto, estuvo tener que enfrentar alguna complicación materna grave, lo cual incrementa en más del doble (OR: 2,632, *p*: 0,013) la posibilidad de (B) realización habitual de cesárea electiva.

Otro factor relevante consistió en el tiempo dedicado a atender un parto influye en la vía de nacimiento, lo cual incrementa de modo notable la propensión de los ginecoobstetras a realizar (A) más de un 90% de cesáreas en los últimos 6 meses (OR: 8; p : 0,000), a (B) efectuar habitualmente cesáreas electivas (OR: 14, p : 0,000), también a (C) elegir a la cesárea como vía de resolución si una paciente cursa embarazo con evolución normal y condiciones obstétricas de bajo riesgo (OR: 11,614, p : 0,000), sin embargo, disminuye la posibilidad de (D) que consideren a la vía abdominal como aquella que les otorga mayor seguridad y control durante el evento obstétrico (OR: 0,374, p : 0,025).

Cuando los especialistas suelen considerar como importante el factor económico como criterio para la resolución del embarazo, estos suelen ser más propensos a (A) llevar a cabo cesáreas con una frecuencia superior al 90% cada semestre (OR: 5,624; p : 0,002), así como a (B) practicar de modo habitual cesáreas electivas (OR: 2,814, p : 0,025), a (C) optar por la cesárea como vía de resolución en caso de que una paciente curse embarazo con evolución normal y condiciones obstétricas de bajo riesgo (OR: 4,182, p : 0,016), junto con (E) opinar que en un futuro la interrupción del embarazo vía vaginal disminuirá (OR: 3,179, p : 0,016).

El último factor relevante consistió en llevar a cabo cesáreas cuando en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto, esto justamente incrementa la propensión de los especialistas, tanto a (A) llevar a cabo este tipo de procedimientos con una frecuencia mayor a 90% semestral (OR: 8,462, p : 0,042), como a (B) realizar de forma habitual cesáreas electivas (OR: 2,676, p : 0,035), en cambio, reduce la posibilidad de que estos sujetos consideren a (D) la vía abdominal como aquella que les provee de mayor seguridad y control durante el evento obstétrico (OR: 0,242, p : 0,003).

Tabla 6. Regresiones logísticas bivariadas de la práctica de la cesárea con los rasgos individuales de los ginecoobstetras y los factores determinantes de la realización de cesáreas. Odds ratios (OR) y significancia estadística (p)

Variables	Categorías	A		B		C		D		E		
		OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	P	
Rasgos individuales de los ginecoobstetras	Sexo (CR = Hombre)	Mujer	0,673	0,400	0,971	0,939	0,469	0,162	0,873	0,725	1,420	0,418
	Edad (CR = > 60)	30 - 40	0,892	0,897	2,021	0,277	0,900	0,930	0,549	0,350	0,424	0,208
		41 - 50	2,063	0,401	1,920	0,329	3,231	0,297	0,807	0,744	0,431	0,237
		51 - 60	1,833	0,501	1,891	0,364	4,941	0,159	0,514	0,341	0,800	0,755
	Tipo de formación profesional ginecoobstétrica (CR = Privado)	Público	0,468	0,111	0,219	0,001	0,761	0,607	1,495	0,327	0,522	0,142
	Subespecialidad (CR = Ninguna)	Biología de la reproducción	0,865	0,822	0,818	0,700	1,103	0,894	2,152	0,149	2,095	0,179
		Medicina materno-fetal	0,204	0,139	2,000	0,220	1,250	0,762	0,552	0,315	0,393	0,249
		Uroginecología	2,077	0,358	1,667	0,510	3,750	0,109	1,435	0,634	0,449	0,472
		Oncología ginecológica	2,308	0,386	1,500	0,669	1,563	0,706	0,957	0,963	2,095	0,442
		Medicina crítica en obstetricia	-	-	2,000	0,580	-	-	0,717	0,791	6,286	0,145
	Experiencia ginecoobstétrica (años) (CR = < 5)	5 - 10	1,400	0,703	2,600	0,151	0,625	0,532	0,990	0,987	1,086	0,914
		11 - 20	2,500	0,202	1,000	1,000	0,706	0,550	1,061	0,914	1,013	0,984
		> 20	1,885	0,398	0,941	0,910	-	-	1,653	0,362	2,171	0,211
	Tipo de campo laboral predominante (CR = Ambos)	Privado	2,009	0,218	1,447	0,427	1,693	0,398	1,168	0,744	2,708	0,075
		Público	-	-	0,067	0,001	0,284	0,276	3,150	0,053	0,457	0,378
Factores determinantes de la realización de cesáreas	Factor determinante para decidir cesárea sobre parto vaginal, según experiencia profesional (CR = Deseo de la paciente y/o familiar)	Hemorragia obstétrica	0,429	0,428	0,429	0,428	-	-	0,667	0,810	0,800	0,869
		Posibilidad de complicaciones quirúrgicas	1,071	0,939	1,071	0,939	2,455	0,469	1,000	1,000	0,667	0,712
		Control de tiempo quirúrgico	-	-	-	-	18,000	0,034	-	-	2,000	0,554
		Posibilidad de complicaciones materno-fetales	0,355	0,155	0,355	0,155	1,385	0,769	0,682	0,789	1,660	0,541
		Honorarios	-	-	-	-	-	-	4,000	0,392	-	-
		Implicaciones legales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Los lineamientos establecidos en el área de trabajo influyen en la decisión de optar por la vía vaginal sobre la vía abdominal (CR = Sí)	No	1,700	0,265	0,963	0,920	2,222	0,140	0,969	0,934	1,071	0,873
	Ha tenido que enfrentar alguna complicación materna grave que influya en su práctica médica actual (CR = No)	Sí	0,998	0,997	2,632	0,013	2,043	0,186	0,988	0,975	0,809	0,623
	Tiempo dedicado a atender un parto influye en la vía de nacimiento (CR = No)	Sí	8,000	0,000	14,000	0,000	11,614	0,000	0,374	0,025	1,442	0,417
	Alguna de sus pacientes ha tenido un óbito (CR = No)	Sí	0,427	0,080	0,774	0,498	0,720	0,525	1,507	0,287	0,583	0,216
Vía de resolución del embarazo que es determinada por el factor económico (CR = No)	Sí	5,624	0,002	2,814	0,025	4,182	0,016	0,541	0,175	3,179	0,016	
Decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto (CR = Parto instrumentado)	Cesárea	8,462	0,042	2,676	0,035	-	-	0,242	0,003	1,600	0,395	

- Aspectos de la práctica de la cesárea:
 - A: Frecuencia de cesáreas en los últimos 6 meses (1 = > 90%)
 - B: Realización habitual de cesárea electiva (1 = Sí)

C: Vía de resolución que elige si una paciente cursa embarazo con evolución normal y condiciones obstétricas de bajo riesgo (1 = Cesárea)

D: Vía de resolución que le otorga mayor seguridad y control durante el evento obstétrico (1 = Abdominal)

E: Opinión sobre el futuro de la interrupción del embarazo vía vaginal (1 = Disminuirá)

- Se señalan en negrita y en gris aquellos $p < 0,05$

Fuente: Diseño y cálculos propios a partir de información de las encuestas

XI. DISCUSIÓN

La investigación desarrollada se concentró en identificar los factores relacionados con la elección de la cesárea como la vía de resolución obstétrica, considerando el punto de vista de un conjunto de ginecoobstetras que laboran en instituciones de salud en el territorio mexicano. El interés en esta temática obedeció básicamente al hecho de que, tal como lo expresan Balmur y Guthi (9), la prevalencia mundial y nacional de este tipo de intervenciones se encuentra en constante aumento, constituyendo uno de los temas más polémicos, tanto en materia de salud pública en general, como en cuanto a ginecoobstetricia en particular.

En efecto, se detectó que la frecuencia de realización de cesáreas en los últimos 6 meses asciende a 50% en algunos especialistas y a en otros 70% (30,1% del total de participantes, respectivamente). Estas cifras resultan claramente mayores a aquellas reportadas en otros estudios, tal como el de Grishchenko y Mamedova (10), quienes exponen que en Estados Unidos se tiene una prevalencia de 31,9%, en Australia asciende a 29,1%, en Canadá a 27,1%, en China a 34,9% y en Egipto a 52%. Esta situación puede entenderse a la luz de los argumentos de Shek (11) en el sentido de que, si bien estas elevadas prevalencias constituyen un fenómeno complejo y de múltiples aristas, podría tener origen en el incremento de la edad de las mujeres en condición obstétrica, el aumento de las tasas de obesidad materna y comorbilidades, además del incremento relativo de la seguridad de este procedimiento quirúrgico. En esencia, retomando a Omedi y colaboradores (12), se puede decir que el deseo por evitar el dolor que supone el trabajo de parto constituye un importante aliciente para decidirse por la cesárea.

Con respecto a la realización habitual de cesárea electiva, se halló que algunos especialistas manifestaron una respuesta afirmativa (53,1%), mientras que una proporción no muy distinta declaró lo contrario (46,9%). A su vez, llamó la atención que quienes suelen realizar este tipo de procedimientos laboran en instituciones de salud privadas (68,3%). Esta situación es consistente con lo reportado en la literatura en relación con que en las instituciones privadas suele ser mayor la proporción de prácticas

de cesáreas en comparación con las públicas. Contribuciones como las de Begum y colaboradores (13) informan que, por ejemplo, en el contexto asiático la frecuencia de cesáreas alcanza el 73% en instalaciones privadas, mientras que en las públicas ronda el 30%; así mismo en países como Suiza la proporción de cesáreas en ámbitos privados es superior, con 41%, en comparación con las de clínicas públicas, con 30%.

Para entender esta situación, se tomó en cuenta lo indicado por Hounkpatin y colaboradores (14), en el sentido de que las pacientes que asisten a clínicas privadas suelen ser de nivel socioeconómico alto, lo que les proporciona la capacidad para costear estas intervenciones y los servicios relacionados. Otras razones son desde la perspectiva de los profesionales de la salud, entre ellas la expuesta por Arrieta y García (15), en tanto que la mayor frecuencia de cesáreas en hospitales privados puede deberse a las preferencias de parte de los especialistas, entre estas el deseo por terminar más rápido la intervención, para así poder realizar varias –o la mayor cantidad posible– por unidad de tiempo.

En conexión con lo anterior, se apreció que la vía de resolución que le otorga mayor seguridad y control a los ginecoobstetras fue la vaginal (56,8%), no obstante, la proporción que aludió a la vía abdominal no fue despreciable (43,2%). Esto último podría entenderse, según Topçu (16), bajo el enfoque que denomina de la “preferencia”, en cuanto a que el facultativo se siente más cómodo y seguro con aquellos métodos que le transmiten mayor control, justamente, la cesáreas suelen ser más rápidas de realizar y más fáciles de planificar, además de que resultan más rentables y protegen a estos especialistas de riesgos medicolegales. Inclusive, en la investigación empírica de este autor varios ginecoobstetras admitieron que se sentían más competentes y seguros en los partos por cesárea que en aquellos por vía vaginal.

Los encuestados estuvieron de acuerdo con que la interrupción del embarazo vía vaginal presentará un aumento a futuro (42,5%). Sin embargo, la evidencia empírica aportada por estudios como el de Christmann y colaboradores (17) dejan entrever, incluso, que se están presentando aumentos en la cantidad de nacimientos con antecedentes de cesárea, y una concomitante disminución importante del parto vaginal.

Desde el punto de vista de los factores determinantes de la realización de cesáreas, se encontró que la posibilidad de complicaciones materno-fetales (66,4%) fue el que exhibió una mayor frecuencia. Esto concordó con lo reportado por Gedefaw y colaboradores (18) y Khatuja y colaboradores (19), dado que la cesárea se asocia con complicaciones maternas y neonatales, entre ellas la desproporción cefalopélvica (18,13%) y el patrón de frecuencia cardíaca fetal anormal (19,57%).

A su vez, para algunos ginecoobstetras los lineamientos establecidos en el área de trabajo influyen en la decisión de optar por la vía vaginal sobre la vía abdominal (49,6%), mientras que para otros no (50,4%). Este desacuerdo fue similar a lo detectado por Melman y colaboradores (20), en la medida en que estos especialistas aducen que las guías y los lineamientos clínicos no consideran adecuadamente las características individuales de las pacientes que pueden influir en el tipo de intervención que se practica, pues tales acciones dependen de la condición médica particular en el momento en que se provee atención.

Dentro de los motivos de la decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto, estuvo primeramente la seguridad para el binomio madre-hijo (34,5%). Tal resultado concordó con el de Christmann y colaboradores (17), en el cual la mayor demanda de cesáreas está relacionada con la seguridad en el embarazo y el futuro hijo.

En segundo lugar, merece destacarse el motivo consistente en evitar problemas legales (15,9%) que, si bien no representó una proporción elevada, constituye un asunto que merece mayor atención. En la investigación de Bakker y colaboradores (21) se expone que los especialistas muchas veces se consideran responsables y son señalados como causantes de muertes maternas, perinatales y de morbilidad grave, todo ello en el contexto de partos por vía vaginal. Para intentar afrontar esta situación obstétrica desafiante, han optado por la práctica más asidua de cesáreas la cual, al ser una intervención quirúrgica, supone la existencia de un consentimiento escrito que la paciente o los familiares deberán firmar. Con ello los especialistas pueden tranquilizar su miedo a complicaciones legales.

Entre tanto, se debe reconocer que fueron relativamente escasas las investigaciones encontradas –llevadas a cabo desde el punto de vista de los especialistas– que se abocaran a relacionar los factores determinantes de la realización de cesáreas, con las características de esta práctica y los rasgos individuales de los ginecoobstetras. Esta situación constituye una limitante a la hora de establecer comparaciones y contextualizar los hallazgos derivados de esta investigación.

No obstante, lo anterior, se debe hacer mención del aporte de Hasibuan (22), quien detectó como factor que acrecienta la propensión a realizar cesáreas, el deseo por evitar posibles complicaciones maternas (OR: 22.826, p : 0,002), en cambio –y contrario a lo esperado– el deseo de la paciente o de su cónyuge induce reducciones en la realización de esta intervención (OR: 0,05, p : 0,001). Resultó interesante la investigación de Cannas y colaboradores (23), en tanto se abocan a dilucidar la existencia de factores no siempre considerados en la literatura, y que pueden condicionar, tanto la realización de cesáreas, como las diferencias en las prevalencias entre instituciones de salud. Dentro de estos se encuentran las pautas informales (es decir, no institucionales u oficiales) con que se abordan estos procedimientos, la tradición, el cumplimiento de las solicitudes de nacimientos programados a tiempo, las tasas hospitalarias de saturación.

XII. CONCLUSIONES

El presente estudio analizó la manera en que un conjunto de factores se relacionó con la decisión de los ginecoobstetras de escoger a la cesárea como la vía de resolución del embarazo. Para lo anterior se desarrolló un análisis que tuvo en cuenta, en principio, los rasgos individuales de estos especialistas, con el fin de comprender su distribución demográfica, académica y laboral; seguidamente se caracterizó la práctica de la cesárea, con miras a evidenciar la forma en que esta intervención es llevada a cabo; también se especificó la distribución de los factores determinantes de la realización de cesáreas; y, finalmente, se desarrolló un ejercicio estadístico basado en distribuciones logísticas bivariadas, con lo que se conocieron, tanto los factores relevantes, como su contribución cuantitativa específica en la realización de cesáreas. En suma, se puede afirmar que el estudio cumplió con los objetivos originalmente propuestos, a raíz de estos desarrollos, en los siguientes párrafos se presentan las conclusiones a que hubo lugar.

Desde el punto de vista de los rasgos individuales (demográficos, académicos y laborales), se determinó que los especialistas partícipes tuvieron intervenciones similares en ambos sexos, se trató más que todo de sujetos relativamente jóvenes, quienes han sido formados profesionalmente en la especialidad en instituciones de educación superior de naturaleza pública, además, no cuentan con subespecialidad. Laboralmente la experiencia con que cuentan suele ser elevada, mayor a una década de servicio médico, desempeñándose en esencia en el ámbito privado.

Con respecto a la práctica de la cesárea, la evidencia recabada conllevó a concluir que la prevalencia reportada por los especialistas fue alta (50% y 70%). Además, sobresalieron quienes declararon realizar de manera habitual este procedimiento, aunque se inclinaron por escoger el parto vaginal en presencia de pacientes con embarazo de evolución normal y de bajo riesgo. A pesar de esto, prevalecieron quienes atribuyen a la vía de resolución vaginal una sensación de seguridad y control durante las intervenciones obstétricas. Por último, fue frecuente la opinión de que, en un futuro, la interrupción del embarazo vía vaginal aumentará.

Gracias al análisis de los factores determinantes se concluyó que, para los ginecoobstetras, la posibilidad de complicaciones materno-fetales es el principal argumento para justificar la decisión de una cesárea sobre un parto vaginal. Además, se apreció que el factor económico suele condicionar la resolución del parto vía vaginal, mientras que el hecho de atender a pacientes con distocia que implique instrumentar el parto, o bien, que hayan tenido un óbito, impulsan a llevar a cabo cesáreas. En contraste, se detectaron respuestas negativas frente a que tener que atender pacientes con complicaciones graves sea determinante para decidirse por la práctica de cesárea en vez de parto vaginal, y respecto a que el tiempo dedicado a atender un parto influya en la vía de nacimiento. En definitiva, la seguridad del binomio madre-hijo fue el motivo más destacado para justificar la decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto.

El procedimiento de estimación de regresiones logísticas condujo a concluir que la prevalencia de cesáreas, la realización habitual de cesárea electiva y la elección de cesárea como vía de resolución si una paciente cursa embarazo normal y de bajo riesgo, se encuentran potenciadas por factores tales como el control del tiempo quirúrgico, por el hecho de haber tenido que enfrentar alguna complicación materna grave durante la práctica médica actual, por el tiempo dedicado a atender los partos, por el factor económico y por la realización de cesáreas cuando en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto.

En contraposición a lo anterior, la propensión o posibilidad de considerar a la vía abdominal como aquella que brinda mayor seguridad y control durante el evento obstétrico se encuentra reducida tanto por el tiempo dedicado a atender un parto, como por la decisión de practicar una cesárea cuando en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto. Sumado a esto, se apreció que algunos aspectos individuales, como la formación académica pública y el hecho de trabajar en el sector público, inducen una menor propensión a realizar habitualmente cesáreas electivas.

XIII. REFERENCIAS

1. Villanueva E. Operación cesárea: una perspectiva integral. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47(6): 246-250.
2. OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Enero 2022, de OMS Sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
3. Muños Hernández, J. A., Freyermuth Enciso, M. G. y Ochoa Torres, M. P. (2020). Factores Asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. *Población y salud en Mesoamérica*, 17(2). Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40046>.
4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2013, noviembre). *Cesárea Segura. Lineamiento técnico*. Disponible en línea en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf
5. Lamadrid S, González, H. (2022). *La epidemia de cesáreas en México*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Epidemia_Cesareas.pdf
6. Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(2): 67-74.
7. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(5):608-15
8. González-Pérez, Guillermo Julián; María Guadalupe Vega López y Carlos Enrique Cabrera Pivara. Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2011. Disponible en línea en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/cesareas_en_mexico_aspectos_sociales_economicos_y_epidemiologicos.pdf
9. Balmur S, Guthi V. Study on factors influencing caesarean section delivery in urban field practice area of Kamineni Institute of Medical Sciences, Narketpally, Nalgonda,

- India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2017; 6(7): 3129 -3133.
10. Grishchenko O, Mamedova S. Prediction of caesarean section for labor distocia in women with full-term single pregnancy with head presentation of the fetus. *Romanian Medical Journal*. 2020; 67(2): 192-197. Doi: 10.37897/RMJ.2020.2.15
 11. Shek N. Clinical practice of caesarean section revisited: present and future. *Hong Kong Medical Journal*. 2017; 23(4): 324-325.
 12. Omedi G, Mwaila M, Wanja S. Vaginal or Caesarean Delivery? A Comparative Study of Factors Associated with the Choice Method of Childbirth Delivery in Kenya and Egypt. *European Journal of Medical and Health Sciences*. 2020; 2(6): 1.9: Doi: 10.24018/ejmed.2020.2.6.579
 13. Begum T, Nababan H, Rahman A, Islam R, Adams A, Anwar I. Monitoring caesarean births using the Robson ten group classification system: A cross-sectional survey of private for-profit facilities in urban Bangladesh. *PLoS ONE* 14(8): e0220693. Doi: 10.1371/journal.pone.0220693
 14. Hounkpatin B, Aboubakar M, Dangbemey P, Tognifode V, Schantz C, Dumont A, René-Perrin R. Practice of the Caesarean Section in Four Maternities in Benin Using Robson Classification. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020; 10: 65-75. Doi: 10.4236/ojog.2020.101006
 15. Arrieta A, García A. Non-elective C-sections in public hospitals: capacity constraints and doctor incentives. *Applied Economics*. 2016: 1-14. Doi: 10.1080/00036846.2016.116482
 16. Topçu S. Caesarean or vaginarian epidemics? Techno-birth, risk and obstetric practice in Turkey. *Health, Risk and Society*. *Health, Risk & Society*. 2019; 21(3-4): 141-163. Doi: 10.1080/13698575.2019.1641588
 17. Christmann C, Raio L, Scheibner K, Müller M, Surbek D. Back to “once a caesarean: always a caesarean”? A trend analysis in Switzerland. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2016; 294(5): 905-910. Doi:10.1007/s00404-016-4055-4
 18. Gedefaw G, Demis A, Alemnew B, Wondmieneh A, Getie A, Waltengus F. Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia:

- a systematic review and meta-analysis. *Patient Safety in Surgery*. 2020; 14(11): 1-10. Doi: 10.1186/s13037-020-00236-8
19. Khatuja R, Mehta S, Shree S, Arora N. Repeat caesarean: time to re-evaluate the current practice. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2016; 294(6): 1337-1338. Doi: 10.1007/s00404-016-4207-6
 20. Melman S, Schreurs R, Dirksen C, Kwee A, Nijhuis J, Smeets N, Scheepers H, Hermens R. Identification of barriers and facilitators for optimal cesarean section care: perspective of professionals. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 230. Doi: 10.1186/s12884-017-1416-3.
 21. Bakker W, Zethof S, Nansongole F, Kilowe K, van Roosmalen J, van den Akker T. Health workers' perspectives on informed consent for caesarean section in Southern Malawi. *BMC Med Ethics*. 2021; 22(33): 1-11. Doi: 10.1186/s12910-021-00584-9
 22. Hasibuan U. Analysis of Related Factors with Elections Childbirth Methods on Inpatients of Setio Husodo Hospital Kisaran in 2017. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*. 2017; 6(1): 168-174.
 23. Cannas M, Conversano C, Mola F, Sironi E. Variation in caesarean delivery rates across hospitals: a Bayesian semi-parametric approach, *Journal of Applied Statistics*. 2016: 1-14. Doi: 10.1080/02664763.2016.1247785

XIV. ANEXOS

14.1 Cuestionario

Instrucciones: Formato anónimo donde se busca recopilar datos de acuerdo con su práctica médica.

1. Género:
 - Hombre • Mujer
2. Edad:
 - 30-40 años
 - 41-50 años
 - 51-60 años
 - 60 años o más
3. Lugar de formación profesional como Gineco-obstetra:
 - Privado • (Público)
4. ¿Cuenta con alguna subespecialidad?:
 - Biología de la Reproducción
 - Medicina Materno-Fetal
 - Uroginecología
 - Oncología ginecológica
 - Medicina Crítica en Obstetricia
 - Ninguna
5. ¿Cuántos años lleva practicando la especialidad de gineco-obstetricia?
 - >20 años
 - 10-20 años
 - 5-10 años
 - < 5 años
6. ¿Cuál es su mayor campo laboral?
 - Privado • Público • Ambos
7. Considera que los lineamientos establecidos en el área de trabajo es un factor que influye en la toma de decisión para la resolución del embarazo por vía vaginal sobre la vía abdominal:
 - SI • NO
8. Si una paciente cursa un embarazo con evolución normal y condiciones obstétricas de bajo riesgo, usted que vía de resolución elige:
 - PARTO • CESÁREA
9. ¿Usted realiza de forma habitual cesárea electiva?
 - SI • NO
10. Tomando en cuenta su experiencia médica ¿cuál sería el factor determinante para decidir cesárea sobre parto?
 - Hemorragia Obstétrica
 - Posibilidad de complicaciones quirúrgicas
 - Control de tiempo quirúrgico
 - Posibilidad de complicaciones materno-fetales
- Honorarios
- Deseo de la paciente y/o familiar
- Implicaciones legales
11. ¿Qué vía de resolución le otorga más seguridad y control para realizar durante el evento obstétrico?
 - Abdominal
 - Vaginal
12. De acuerdo con su experiencia profesional, alguna vez ha tenido una complicación grave materna que influya en su práctica médica actual:
 - SI • NO
13. Considerando su respuesta anterior, ¿cree que el factor anterior sea determinante para decidir mayor práctica de cesárea que nacimiento vía vaginal?
 - SI • NO
14. El tiempo que usted le dedica a la paciente para la interrupción del embarazo, influye en la vía de nacimiento:
 - SI • NO
15. ¿Cree que el factor previo señalado tiene intervención para decidir mayor práctica de cesárea que nacimiento vía vaginal?
 - SI • NO
16. De acuerdo con su práctica profesional, ¿alguna vez ha tenido un óbito?
 - SI • NO
17. De acuerdo con la aseveración previa, ¿cree que el factor mencionado sea capaz de influir para decidir mayor ejecución de cesárea que nacimiento vía vaginal?
 - SI • NO
18. El factor económico para la resolución del embarazo es una causante para decidir:
 - PARTO • CESÁREA
19. Si en el período expulsivo su paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto, usted: ¿realiza la aplicación de fórceps/vacum o prefiere interrupción vía abdominal?
 - Parto instrumentado
 - Cesárea

20. Ante la respuesta anterior, ¿cuál es la razón?

- Falta de capacitación en la instrumentación del uso de fórceps
- Reducir el tiempo expulsivo
- Seguridad para el binomio
- Evitar problemas legales
- Mayor familiaridad con la cesárea

21. ¿Cuál es el porcentaje de cesáreas que ha realizado en su práctica médica en los últimos 6 meses?

- > 90%
- 70%
- 50%
- <30%

22. En su opinión profesional, ¿cuál será el futuro de la interrupción del embarazo vía vaginal?

- Aumentará
- Disminuirá
- Desaparecerá
- No habrá modificaciones

14.2 Intervalos de confianza de los *Odds ratios* (OR) de las regresiones logísticas bivariadas

Tabla 7. Intervalos de confianza de los *Odds ratios* (OR) de las regresiones logísticas bivariadas de la práctica de la cesárea con los rasgos individuales de los ginecoobstetras y los factores determinantes de la realización de cesáreas

Variables	Categorías	A		B		C		D		E			
		IC95% LI	IC95% LS	IC95% LI	IC95% LS	IC95% LI	IC95% LS	IC95% LI	IC95% LS	IC95% LI	IC95% LS		
Rasgos individuales de los ginecoobstetras	Sexo (CR = Hombre)	Mujer		0,268	1,693	0,464	2,034	0,163	1,354	0,412	1,854	0,608	3,317
	Edad (CR = > 60)	30 - 40		0,157	5,062	0,568	7,190	0,086	9,468	0,156	1,930	0,111	1,613
		41 - 50		0,380	11,180	0,518	7,121	0,357	29,278	0,223	2,920	0,107	1,738
		51 - 60		0,313	10,735	0,478	7,486	0,536	45,576	0,131	2,020	0,197	3,254
	Tipo de formación profesional ginecoobstétrica (CR = Privado)	Público		0,184	1,190	0,091	0,526	0,269	2,154	0,669	3,338	0,219	1,243
	Subespecialidad (CR = Ninguna)	Biología de la reproducción		0,246	3,043	0,295	2,270	0,262	4,639	0,760	6,095	0,713	6,157
		Medicina materno-fetal		0,025	1,678	0,661	6,050	0,294	5,313	0,173	1,762	0,080	1,923
		Uroginecología		0,437	9,871	0,364	7,629	0,746	18,840	0,325	6,332	0,051	3,971
		Oncología ginecológica		0,348	15,316	0,233	9,653	0,154	15,819	0,148	6,186	0,317	13,835
		Medicina crítica en obstetricia		-	-	0,172	23,293	-	-	0,061	8,387	0,529	74,659
	Experiencia ginecoobstétrica (años) (CR = < 5)	5 - 10		0,248	7,913	0,705	9,592	0,143	2,727	0,279	3,506	0,246	4,793
		11 - 20		0,611	10,228	0,360	2,779	0,225	2,213	0,366	3,073	0,288	3,560
		> 20		0,433	8,194	0,329	2,694			0,561	4,869	0,645	7,310
	Tipo de campo laboral predominante (CR = Ambos)	Privado		0,662	6,094	0,581	3,602	0,500	5,736	0,462	2,954	0,905	8,103
		Público		-	-	0,013	0,342	0,029	2,736	0,985	10,076	0,080	2,608
Factores determinantes de la realización de cesárea	Factor determinante para decidir cesárea sobre parto vaginal, según experiencia profesional (CR = Deseo de la paciente y/o familiar)	Hemorragia obstétrica		0,053	3,483	0,053	3,483	-	-	0,025	18,059	0,057	11,298
		Posibilidad de complicaciones quirúrgicas		0,180	6,363	0,180	6,363	0,216	27,841	0,052	19,360	0,077	5,749
		Control de tiempo quirúrgico		-	-			1,242	260,918	-	-	0,201	19,914
		Posibilidad de complicaciones materno-fetales		0,085	1,480	0,085	1,480	0,158	12,134	0,041	11,329	0,326	8,451
		Honorarios		-	-	-	-	-	-	0,167	95,756	-	-
		Implicaciones legales		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Los lineamientos establecidos en el área de trabajo influyen en la decisión de optar por la vía vaginal sobre la vía abdominal (CR = Sí)		No		0,668	4,326	0,460	2,016	0,770	6,411	0,457	2,053	0,460
Ha tenido que enfrentar alguna complicación materna grave que influya en su práctica médica actual (CR = No)		Sí		0,399	2,496	1,230	5,632	0,708	5,891	0,466	2,096	0,347	1,883
Tiempo dedicado a atender un parto influye en la vía de nacimiento (CR = No)		Sí		2,891	22,136	4,485	43,706	3,466	38,912	0,159	0,884	0,596	3,491
Alguna de sus pacientes ha tenido un óbito (CR = No)		Sí		0,164	1,107	0,369	1,624	0,261	1,983	0,708	3,208	0,248	1,371
Vía de resolución del embarazo que es determinada por el factor económico (CR = No)		Sí		1,919	16,487	1,140	6,945	1,308	13,369	0,222	1,316	1,237	8,171

Decisión tomada si en el período expulsivo la paciente presenta una distocia que implique instrumentar el parto (CR = Parto instrumentado)	Cesárea	1,082 66,151	1,073 6,672	- -	0,094 0,623	0,542 4,724
--	---------	--------------	-------------	-----	-------------	-------------

- LI: límite inferior, LS: límite superior
- Aspectos de la práctica de la cesárea:
 - A: Frecuencia de cesáreas en los últimos 6 meses (1 = > 90%)
 - B: Realización habitual de cesárea electiva (1 = Sí)
 - C: Vía de resolución que elige si una paciente cursa embarazo con evolución normal y condiciones obstétricas de bajo riesgo (1 = Cesárea)
 - D: Vía de resolución que le otorga mayor seguridad y control durante el evento obstétrico (1 = Abdominal)
 - E: Opinión sobre el futuro de la interrupción del embarazo vía vaginal (1 = Disminuirá)

Fuente: Diseño y cálculos propios a partir de información de las encuestas