



Tendencias y factores asociados a cesáreas en México: validación de un instrumento

Alfonso Vallejos-Parás,* Salvador Espino-y-Sosa,† Joaquín Ruiz-Sánchez,§ Luis Durán-Arenas^{||}

* Médico Epidemiólogo, UMF Núm. 7 IMSS.

† Jefe del Departamento de Producción Editorial. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

§ Médico Residente del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia generación 2010-2014. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

^{||} Responsable del Campo Disciplinario y Gestión de Políticas de Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM.

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud propone que el porcentaje de cesáreas no debe exceder el 15% del total de nacimientos. En México durante el 2009, el 41% de los nacimientos fueron por cesáreas. El objetivo del presente trabajo fue diseñar y validar un instrumento para determinar las preferencias de los médicos ginecoobstetras ante la cesárea. **Material y métodos:** Se presentó una encuesta con 74 preguntas que incluyó las dimensiones sociodemográficas, preferencias, competencia y actitudes del médico ginecoobstetra sobre las indicaciones de la cesárea sin indicación clínica o por petición materna. El instrumento se validó en apariencia, contenido, constructo y consistencia interna. La validación en apariencia se realizó por 18 médicos. El contenido tuvo la participación de profesionistas con grado académico de doctorado, maestría y licenciatura. La consistencia interna se realizó por una prueba piloto a 30 médicos ginecoobstetras utilizando el alfa de Cronbach y la significancia estadística por medio de la T-cuadrada de Hotelling. La discriminación de los médicos que realizaban mayor porcentaje de cesáreas, mediante el método de probabilidades *a priori* y usando la prueba de Hosmer-Lemeshow. **Resultados:** Del instrumento original se eliminaron 13 preguntas, quedando en total 61; 16 sobre las características sociodemográficas del médico ginecoobstetra, 14 respecto a la preferencia del médico en la vía de resolución del nacimiento, 11 preguntas en relación con las actitudes del médico sobre las cesáreas sin indicación clínica, 17 ítems de las actitudes del médico ante la resolución del nacimiento por una demanda materna de cesárea y tres ítems acerca de la opinión del médico del derecho de las mujeres a decidir la vía de nacimiento. El tiempo de respuesta de la encuesta fue en promedio de 22 minutos con un rango de 12 a 45 minutos. Por medio del alfa de Cronbach estandarizada, el análisis discriminante mostró a los médicos que realizan mayor porcentaje de cesáreas obteniendo un 80% de acierto y con la prueba de Hosmer-Lemeshow mostró una capacidad predictiva de 0.862. Los

ABSTRACT

Introduction: The WHO determined an ideal rate of 15% of c-section deliveries, but in Mexico during 2009, the c-section was done in 41% of the deliveries. Objective: design and validate a survey to determine cesarean section tendencies and associated factors. **Methods:** A survey with 74 items including the following: sociodemographic characteristics, preferences, competence, and attitudes of Ob Gyns about the indications for c-section, was presented. It was validated in appearance, content, constructo and internal consistency. Eighteen Ob Gyns evaluated the appearance of the instrument, while the content was validated by a group of health professionals with doctor degree, master degree, and general practitioners. The internal consistency was evaluated by the application of the survey to 30 Ob Gyns, and Cronbach's alpha and Hotelling's T squared distribution, were used. The Hosmer-Lemeshow test was done, to determine those Ob Gyns who performed more percentage of c-section. **Results:** There were 13 items eliminated from the original survey, leaving 61; 16 for the sociodemographic aspects, 14 related with medical preferences of the pregnancy resolution, 11 items about the medical attitude related of c-section without clinical indication, 17 items about obstetrician's willingness to perform a caesarean section on maternal request; and three about the rights of woman to decide about the way of birth. Twenty-two minutes was the mean time of response (range 12-45 minutes). With Cronbach's alpha and the Hosmer-Lemeshow test, it was determined those Ob Gyns who performed more percentage of c-sections, with a success of 80% and a predictive capacity of 0.862. The risk of perform 50% or more c-sections was established when medical doctors obtained 42 points or more in the survey (RR = 1.714, IC 95% = 1.004-2.926, p = 0.038). **Conclusions:** The use of this validated survey allowed the knowledge of factors influence in elective caesarean section.

médicos que obtuvieron una puntuación mayor de 42 tienen un riesgo de realizar el 50% de sus partos por cesárea (RR = 1.714, IC 95% = 1.004-2.926, $p = 0.038$). **Conclusiones:** Con este instrumento se evaluaron los factores relacionados a determinar la actitud del médico frente a la decisión de la vía de resolución del embarazo.

Palabras clave: Operación cesárea, encuesta.

Key words: Cesarean section, survey.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es la operación abdominal más frecuente que suele realizarse en mujeres en todo el mundo, el porcentaje de dicha práctica varía considerablemente dependiendo el país donde se realice.¹

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1985, propuso que el porcentaje de cesáreas no debía exceder de 15% del total de nacimientos, y concluyó que estadísticamente no existen beneficios adicionales a la salud por arriba de este porcentaje.²

En los últimos treinta años, se ha observado un incremento considerable en el número de cesáreas a nivel mundial. Los sistemas de salud internacionales, preocupados por esta tendencia, se han dado a la tarea de investigar este fenómeno, ya que es un problema de salud pública.³

En los últimos años, en México se ha observado una tendencia al alta de nacimientos por cesárea; mientras que en 1990 se registró una tasa de 19%, durante el 2009 se registraron 2,188,592 nacimientos de los cuales 41% fueron atendidos por cesáreas.^{4,5}

El aumento de las cesáreas tiene repercusiones en diferentes niveles, tales como: costos hospitalarios, incremento en días de hospitalización, uso de medicamentos y el aumento de la morbilidad materna con implicaciones en la población general.⁶

En nuestro país existen pocos reportes que tomen en cuenta el papel que desempeña el profesionista en la incidencia de cesáreas, por ello es indispensable la construcción y validación de instrumentos que nos permitan medir aspectos relacionados con las variables de la práctica obstétrica. Con base en lo anterior, y con la finalidad de obtener información útil y actual que permita ayudar de manera objetiva en la toma de decisiones y acciones para disminuir esta tendencia en nuestro país, se evaluó este instrumento.

Objetivo: Medir la confiabilidad de un instrumento diseñado para determinar características sociodemográficas del médico ginecoobstetra, sus preferencias en la resolución del embarazo, actitud sobre las cesáreas sin indicación clínica y ante la solicitud materna del procedimiento, así como su opinión sobre el derecho de la mujer a decidir la vía de nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un instrumento de medición, que consta de 74 preguntas, las cuales fueron obtenidas de cuestionarios validados que incluyen las siguientes dimensiones: a) características sociodemográficas del médico ginecoobstetra;⁷ b) preferencia del médico con la vía de resolución del embarazo;⁸ c) actitudes del médico sobre las cesáreas sin indicación clínica;⁹ d) actitudes del médico sobre la resolución del embarazo ante una demanda materna de cesárea y, por último, e) opinión del médico sobre el derecho de las mujeres a decidir la vía de nacimiento.^{10,11}

Las respuestas a los reactivos se evaluaron en un formato tipo Likert que incluía cinco opciones, respuestas nominales con tres opciones, respuestas bivariadas de sí o no y de acuerdo o desacuerdo.

Se realizó la validación de la apariencia aplicando el instrumento a 18 médicos. La validación del contenido se realizó por un grupo de expertos, quienes evaluaron las dimensiones o dominios pertinentes al constructo de la encuesta; en este grupo participaron profesionistas con grado académico (dos doctores en ciencias y dos maestros en ciencias) y tres médicos (dos ginecoobstetras y un médico general). La validación del constructo se realizó mediante la búsqueda bibliográfica procurando corroborar los modelos estudiados en distintos países, se realizó la validación lingüística mediante la traducción del idioma inglés al español por un traductor

titulado. Se evaluó la confiabilidad de homogeneidad o consistencia interna mediante una prueba piloto realizada a 30 médicos ginecoobstetras y médicos residentes de la especialidad, de dos instituciones de segundo nivel de atención médica en la ciudad de México utilizando el alfa de Cronbach y la significancia estadística por medio de T cuadrada (T^2) de Hotelling.

Se evaluó mediante un análisis de clasificación utilizando el método de probabilidades *a priori* y usando la prueba de Hosmer-Lemeshow, si el instrumento discriminaba a los médicos que realizan mayor porcentaje de cesáreas. Se construyó la clasificación entre los médicos que resuelven 50% o más de los embarazos por cesárea. Mediante los dominios explorados se construyeron índices por cada dominio sumando de manera lineal los valores de cada ítem a través de la siguiente ecuación: índice (y_1) = $x_1 + x_2 + \dots + x_n$; donde: "y" es el índice, y "x" las variables de cada dominio. Mediante una curva ROC se obtuvo el área bajo la curva para la determinación de la capacidad predictiva.

La prueba piloto se realizó en el mes de octubre de 2010. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 11.

RESULTADOS

Participaron 30 médicos, de los cuales 46.7% fueron del sexo masculino y 53.3% del sexo femenino; el rango de edad fue de 25 a 58 años con una media de 32.5 años de edad y con una desviación estándar (DE) de 8.6. El 50% ($n = 15$) se realizó a residentes de ginecoobstetricia, y el resto a ginecoobstetras titulados. Estado civil de los participantes: 46.7% solteros, 33.3% casados, 16.7% en unión libre y

3.3% divorciados. El horario de trabajo reportado por los participantes fue, matutino 35.5%, vespertino 12.9% y horario mixto 52.6%.

El promedio de nacimientos atendidos por cada profesional, el mes previo a la encuesta fue de 20, de los cuales 52.2% fue por vía vaginal y 47.8% por cesárea.

Del instrumento de medición original se eliminaron 13 ítems, ocho porque no variaron en su respuesta y cinco por su poca consistencia, quedando en total 61: 16 sobre las características sociodemográficas del médico ginecoobstetra, 14 respecto a la preferencia del médico en la vía de resolución del nacimiento, 11 preguntas en relación con las actitudes del médico sobre las cesáreas sin indicación clínica, 17 ítems de las actitudes del médico ante la resolución del nacimiento por una demanda materna de cesárea y por último 3 ítems acerca de la opinión del médico del derecho de las mujeres a decir la vía de nacimiento. Los ítems utilizados para medir los dominios se presentan en el *Anexo 1*.

El tiempo de respuesta de la encuesta fue en promedio de 22 minutos con un rango de 12 a 45 minutos.

En el *cuadro I* se presenta el resultado de confiabilidad por medio del alfa de Cronbach estandarizada, por dominio y con estos resultados se realizó el análisis discriminante para estimar si el modelo clasifica a los médicos que realizan mayor porcentaje de cesáreas obteniendo un porcentaje de acierto de 80% (*Cuadro II*).

Utilizando la prueba de Hosmer-Lemeshow se evaluó el área bajo la curva ROC (*Figura 1*), teniendo como resultado una capacidad predictiva de 0.862, lo que significa que el modelo de índices estudiados discrimina de manera excelente a los médicos que tienen características de atender 50% o más de sus partos por cesárea (*Cuadro III*).

Cuadro I. Alfa de Cronbach estandarizada por dominio del instrumento.

Dominio	Núm. ítems	Alfa de Cronbach estandarizada por ítem	p
Preferencia del médico con la vía de resolución obstétrica	14	0.623	< 0.001
Actitudes del médico sobre la cesárea sin indicación clínica	11	0.602	< 0.001
Actitudes del médico sobre la resolución del embarazo ante la demanda materna de cesárea	17	0.650	< 0.001
Opinión del médico sobre el derecho de las mujeres a decidir la vía de nacimiento	3	0.719	0.028

Cuadro II. Clasificación de los médicos con riesgo de realizar cesárea.

Observado		Predicción		Porcentaje de acierto
		Riesgo de realizar cesárea (50% de los partos son cesárea)		
		No	Sí	
Riesgo de realizar cesárea (50% de los partos son cesárea)	No	10	4	71.4
	Sí	2	14	87.5
Porcentaje global				80

Cuadro III. Capacidad predictiva del instrumento.

Área bajo la curva		IC 95%		
Área	Error estándar	p	Inferior	Superior
0.862	0.070	0.001	0.724	0.999

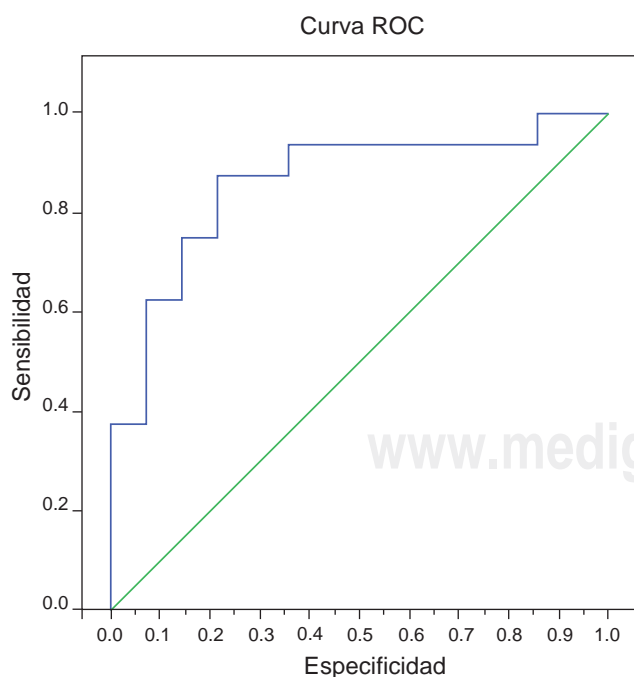


Figura 1. Análisis de la discriminación del instrumento. Área bajo la curva 0.862.

Los médicos que en el cuestionario obtuvieron una puntuación mayor de 42 en la sumatoria de los índices de cada dominio tienen un riesgo de realizar 50% de sus partos por cesárea, en comparación con los médicos con una puntuación de 42 o menor. (Riesgo Relativo = 1.714, IC 95% = 1.004-2.926, $p = 0.038$).

DISCUSIÓN

La reducción de la cesárea en todo el mundo es una tarea compleja y difícil, la cual debe abordarse desde diferentes aspectos con el uso de múltiples estrategias.¹²

La tasa de nacimientos por cesárea puede ser reducida con seguridad^{13,14} dado que no está necesariamente asociada con factores demográficos, clínicos o fetales. Ciertas características individuales de los obstetras (como el compromiso en la reducción) facilitarían el descenso de los partos por cesárea.¹⁵

Para reducir el porcentaje de cesáreas, las políticas, procedimientos y protocolos acordados por los proveedores de los servicios de obstetricia deben ser rigurosamente seguidos por el personal médico

y de enfermería.¹⁶ Según otros autores, el esfuerzo médico para reducir la tasa de cesárea debe centrarse en los temas relacionados con el sufrimiento fetal, la desproporción cefalopélvica y el repetir una cesárea por el diagnóstico de cesárea previa.¹⁷

Otros estudios sugieren establecer estrategias multifacéticas en función de la auditoría y comentarios detallados para mejorar la práctica clínica y reducir la tasa de cesáreas.¹³

En nuestro país se cuenta por lo menos con el reporte de una experiencia en el Hospital Civil de Guadalajara que permitió disminuir el porcentaje de cesáreas de 28 a 13% en un lapso de cinco años. Las medidas adoptadas no sólo tuvieron consecuencias en la disminución de la mortalidad materna, sino que produjeron una disminución moderada pero significativa de la mortalidad neonatal. En otros contextos, se han tenido resultados similares con la implementación de medidas tan simples como el requisito de una segunda opinión antes de realizar una cesárea, la definición precisa de las razones para llevarla a cabo y el monitoreo de los porcentajes individuales de cesáreas entre los obstetras de los hospitales.²

Son muchos los factores que están asociados a la excesiva tasa de nacimientos por cesárea, y entre ellos destaca la práctica obstétrica. Diversos estudios describen que la actitud del médico es lo que determina la balanza para explicar el fenómeno, es decir, la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente. Con este instrumento se evalúan los factores relacionados a determinar la actitud del médico frente a la decisión del parto.

CONCLUSIONES

El conocimiento objetivo de los factores que influyen en la práctica de la cesárea electiva permite incidir de forma eficaz en su frecuencia. Es necesaria la implementación de cuestionarios como el que presentamos para conocer las preferencias de los médicos que la practican y efectuar maniobras que modifiquen las tendencias no sustentadas.

Es importante tomar en cuenta que adicionalmente a la aplicación de las encuestas, se deben guardar precauciones para evitar sesgos de respuesta: el llenado anónimo de la misma, la capacitación previa

a la aplicación y la completa imparcialidad en el encuestador en el momento de su aplicación.

REFERENCIAS

- Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A. Techniques for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 20: 431-4.
- World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 326: 436-7.
- Smith GC, Cordeaux Y, White IR, Pasupathy D, Missfelder-Lobos H, Pell JP et al. The effect of delaying childbirth on primary cesarean section rates. *PLoS Medicine* 2008; 5: 1123-32.
- Sereno CJA. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. *Ginecol Ostet Mex* 1999; 67: 353-5.
- Boletín de Información Estadística. Volumen III. No. 27. Servicios otorgados y Programas sustantivos. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. 2009. <http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
- Zupancic JA. The economics of elective cesarean section. *Clin Perinatol* 2008; 35: 591-9.
- Habiba M et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetrician's attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006; 113: 647-56.
- Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean- the maine experience. *Birth* 2005; 32: 203-6.
- Wu JM, Hundley AF, Visco AG. Elective primary caesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 301-6.
- Ghetti C, Chan B, Gise JM. Physician's responses to patient-requested cesarean delivery. *Birth* 2004; 31: 280-4.
- Gunnervik C et al. Attitudes towards cesarean section in a Nationwide sample of obstetricians and gynecologists. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87: 438-44.
- Nilstun T et al. Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics* 2008; 9: 11.
- Young D. New evidence on cesareans. *Birth* 2007; 34: 1-2.
- Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 2007; 34: 53-64.
- Lagrew DC Jr, Morgan MA. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital: success without mandated clinical changes. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 184-91.
- Poma PA. Effects of obstetrician characteristics on cesarean delivery rates. A community hospital experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1364-72.
- Porreco RP, Thorp JA. The cesarean birth epidemic: trends, causes, and solutions. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 369-74.
- Lagrew DC Jr, Adashek JA. Lowering the cesarean section rate in a private hospital: comparison of individual physician's rates, risk factors, and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 1207-14.

Correspondencia:

Dr. Salvador Espino-y-Sosa
Montes Urales Núm. 800
Lomas de Virreyes 11000 México, D.F.
E-mail: salvadorespino@gmail.com

Anexo 1.

Dominio: preferencia del médico con la vía de resolución obstétrica

Núm.	Ítem	Opciones de respuesta
1	¿He programado cesáreas por comodidad?	Sí, no
2	Para un embarazo normal de término prefiero para mí o mi pareja una cesárea.	Sí, no
3	Se realizan más cesáreas en hospitales particulares por beneficio económico para el médico.	Sí, no
4	La anestesia epidural incrementa el riesgo de distocias que terminan en cesárea.	Sí, no
5	La resolución del embarazo por cesárea está de moda en la actualidad.	Sí, no
6	Las cesáreas programadas y sin indicación médica son seguras (no aumentan la morbilidad y mortalidad materna) en comparación con un parto.	Sí, no
7	Para mi hija con embarazo normal de término recomiendo una cesárea.	De acuerdo, en desacuerdo
8	Prefiero realizar cesáreas por ahorro de tiempo.	De acuerdo, en desacuerdo
9	Considero que mis colegas realizan cesáreas por consideraciones financieras.	De acuerdo, en desacuerdo
10	Considero que las cesáreas son más cómodas para la madre que el parto natural.	De acuerdo, en desacuerdo
11	Considero que las cesáreas son más cómodas para el ginecoobstetra que el parto vaginal.	De acuerdo, en desacuerdo
12	En caso de presentación pélvica, yo preferiría una cesárea electiva, sin intentar una maniobra de versión cefálica externa.	De acuerdo, en desacuerdo
13	Prefiero atender los partos por vía:	Vaginal, abdominal, ambos por igual
14	Se considera más hábil atendiendo los partos por vía:	Vaginal, abdominal, ambos por igual

Dominio: actitudes del médico sobre la cesárea sin indicación clínica

Núm.	Ítem	Opciones de respuesta
1	Una cesárea es la mejor elección para mujeres con miedo al parto vaginal.	Sí, no
2	La decisión de realizar una cesárea debe estar basada exclusivamente en lo clínico.	Sí, no
3	Las cesáreas sin indicación clínica, aumentan la morbilidad fetal.	Sí, no
4	Considero que el 15% de los nacimientos deben ser por cesárea.	Sí, no
5	Exclusivamente la evaluación clínica determina el modo de resolución del parto.	Sí, no
6	Los partos vaginales son un procedimiento más seguro que las cesáreas.	Sí, no
7	Considero que en las instituciones públicas, los recursos económicos son limitados, por ello hay que procurar que los nacimientos sean por parto.	Sí, no
8	Cuando una mujer prefiere una cesárea, yo la realizo por miedo a una demanda.	Sí, no
9	Del total de nacimientos por cesárea, más de 7% son sin indicación médica precisa.	De acuerdo, en desacuerdo
10	Las cesáreas se deben realizar sólo cuando existen complicaciones en el embarazo o parto.	De acuerdo, en desacuerdo
11	He cuestionado a mis colegas después de que realizan una cesárea electiva.	De acuerdo, en desacuerdo

Continuación anexo 1.

Dominio: actitudes del médico sobre la resolución del embarazo ante la demanda materna de cesárea

Núm.	Ítem	Opciones de respuesta
<p>Asuma para todos los casos que a usted se le solicitó una segunda opinión ya que el médico tratante de la madre le ha recomendado el parto por vía vaginal y ella prefiere una cesárea. En todos los casos se refieren a una mujer de 40 semanas de gestación; por favor, lea íntegro el caso y conteste si usted está de acuerdo o en desacuerdo con realizar una cesárea.</p>		
1	Contadora con trabajo de parto inicial, con historial de infección del virus de herpes simple, sin lesiones activas.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
2	Estilista gesta 2, parto 1, con inicio de trabajo de parto, presentación pélvica, con peso fetal estimado de 3,500 g y antecedente de producto de 3,500 g.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
3	Recamarera gesta 3, parto 2, sin trabajo de parto, quien desea oclusión tubaría bilateral.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
4	Profesionista gesta 1, parto 0, sin trabajo de parto, con el antecedente de caída al inicio del embarazo.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
5	Bibliotecaria gesta 1, parto 0, en inicio de trabajo de parto, con miedo de incontinencia urinaria después del parto vaginal.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
6	Empleada doméstica, gesta 2, parto 1, en trabajo de parto inicial, con antecedente laceración vaginal grado 4.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
7	Cajera de banco, gesta 2, parto 1, sin trabajo de parto, con el antecedente de muerte fetal.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
8	Ama de casa, gesta 2, parto 1, en trabajo de parto, con el antecedente de uso de fórceps en embarazo anterior.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
9	Enfermera gesta 2, cesárea 1, sin trabajo de parto, con cesárea previa.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
10	Abogada gesta 2, parto 1, en trabajo de parto con antecedentes de fistula rectovaginal reparada hace un año.	Likert cinco opciones: Totalmente de acuerdo/en desacuerdo
11	Secretaria gesta 1, parto 0, en trabajo de parto temprano, quien solicita cesárea por dolor de las contracciones.	Likert cinco opciones: totalmente de acuerdo/en desacuerdo
12	Yo realizo cesáreas por petición materna.	Sí, no
13	Estoy de acuerdo con las cesáreas por cuestiones estéticas.	Sí, no
14	Las mujeres que prefieren cesáreas se debe a sus experiencias previas con las mismas cesáreas.	De acuerdo, en desacuerdo
15	Las mujeres prefieren cesáreas por cuestiones estéticas.	De acuerdo, en desacuerdo
16	Es mayor el porcentaje de mujeres que prefieren atenderse por cesárea que por vía vaginal.	De acuerdo, en desacuerdo
17	En su opinión, en un embarazo de término y sin complicaciones, ¿quién debería decidir la vía de nacimiento?	El médico, el médico y la madre, la madre

Dominio: opinión del médico sobre el derecho de las mujeres a decidir la vía de nacimiento

Núm.	Ítem	Opciones de respuesta
1	En su opinión, ¿las mujeres tienen derecho a elegir la vía de nacimiento, vaginal o cesárea?	Sí, no
2	Las mujeres tienen más derecho de decidir la vía de nacimiento cuando se atienden en una institución privada que cuando se atienden en una institución pública.	Sí, no
3	Con el derecho de que las mujeres puedan decidir la vía de nacimiento, estoy...	De acuerdo, en desacuerdo