



Tendencia de cesáreas en entidades privadas de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2017-2021)

Cesarean section trends in private entities in the province of Buenos Aires, Argentina (2017-2021).

Juan Martín Librandi,^{1,2} María Victoria Fasano,^{3,4} Paula Malzone,⁵ Homero Federico Giles,¹ José M Belizán,^{6,7} Gina Marin,¹ Gabriela Cormick^{2,6}

Resumen

OBJETIVO: Evaluar las tasas de cesárea en la finalización de embarazos registrados en el sector privado de la Obra Social de la provincia de Buenos Aires (Instituto de Obra Médico Asistencial) entre los años 2017 a 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico y descriptivo de cesáreas registradas en el Sistema de Modulación Centro Único de Auditoría y Fiscalización IOMA (CUAFI) de las 13 regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. Se describen los porcentajes de cesárea por año y por región sanitaria.

RESULTADOS: Se registraron 75,244 partos únicos. En el año 2017 el porcentaje de cesáreas se incrementó de 69.0% (12,600 cesáreas de 18,258 partos) a 73.6% (8,232 cesáreas de 11,180 partos) en 2021. Los mayores porcentajes de cesárea se registraron en la Región IV (83.6%), la Región XIV (81.7%) y Región X (78.9%).

CONCLUSIÓN: El alto porcentaje de cesáreas registrado y el incremento en los últimos años muestra la necesidad de diseñar intervenciones para reducir su tasa. Será importante contar con información de sus indicaciones y explorar intervenciones destinadas al personal de salud y a las mujeres para reducir su práctica.

PALABRAS CLAVES: Cesárea; embarazos; sector privado; personal de salud; registros.

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the rates of caesarean section in the termination of pregnancies registered in the private sector of the Obra Social of the province of Buenos Aires (Instituto de Obra Médico Asistencial) between 2017 and 2021.

MATERIALS AND METHODS: Analytical and descriptive study of caesarean sections registered in the Modulation System of the IOMA Single Audit and Control Centre (CUAFI) of the 13 health regions of the province of Buenos Aires. The percentages of caesarean sections per year and per health region are described.

RESULTS: 75,244 singleton deliveries were registered in the private sector of the Instituto de Obra Médico Asistencial. In 2017, the percentage of caesarean sections increased from 69.0% (12,600 caesarean sections out of 18,258 deliveries) to 73.6% (8,232 caesarean sections out of 11,180 deliveries) in 2021. The highest caesarean section rates were recorded in Region IV (83.6%), Region XIV (81.7%) and Region X (78.9%).

CONCLUSION: The high percentage of caesarean sections recorded and the increase in recent years shows the need to design interventions to decrease the rate. It is important to have information on the indications for caesarean section and to explore interventions aimed at health personnel and women to reduce the rate.

KEYWORDS: Cesarean Section; Pregnancies; Private sector; Health Personnel; Records.

¹Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), La Plata, Argentina.

²Centro de Matemática de La Plata (CMaLP), Departamento de Matemática, Facultad de Ciencias Exactas, UNLP/CICPBA.

³Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) Prof. Dr. Fernando Viteri, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, CICPBA.

⁴Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

⁵Centro de Investigaciones Epidemiológicas y Salud Pública (CIESP-IECS). CONICET, Ciudad de Buenos Aires 1414, Argentina.

⁶Department of Mother and Child Health Research, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS-CONICET), Ciudad de Buenos Aires 1414, Argentina

⁷Departamento de Salud, Universidad Nacional de La Matanza (UNLAM), San Justo 1903, Argentina.

Recibido: septiembre 2022

Aceptado: febrero 2023

Correspondencia

Gabriela Cormick
gabmick@yahoo.co.uk

Este artículo debe citarse como:

Librandi JM, Fasano MV, Malzone P, Giles HF, Belizán JM, Marin G, Cormick G. Tendencia de cesáreas en entidades privadas de la Provincia de Buenos Aires, Argentina (2017-2021). Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (4): 249-255.

ANTECEDENTES

La finalización del embarazo mediante cesárea se ha incrementado en todo el mundo, más allá del porcentaje recomendado.^{1,2} Una revisión de 168 países, que incluyó al 98% de los nacimientos, reportó que la práctica de la cesárea se duplicó entre el año 2000 y el 2015.³ El aumento se ha atribuido a causas que exceden las indicaciones médicas y a la percepción de que este procedimiento casi siempre es seguro.^{4,5,6} La evidencia muestra que la cesárea, sin indicación médica, aumenta la morbilidad y mortalidad perinatal y tiene secuelas a largo plazo.⁷

A pesar de un debate referente a la tasa ideal de cesárea, está generalmente aceptado que lo adecuado es que el porcentaje de finalizaciones del embarazo con esta intervención no supere 10 a 15%, a fin de obtener los mejores desenlaces.^{8,9} Los porcentajes superiores no se asocian con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal y pueden generar mayor morbilidad y mortalidad, además de gastos innecesarios.⁹⁻¹²

En Argentina, el 98% de los partos tienen lugar en efectores de salud y, aproximadamente, el 60% se atienden en el sector público, mientras que el resto recibe atención en hospitales privados y de obras sociales.^{13,14}

El sistema de salud en Argentina comprende al sector público, privado y del seguro social obligatorio (Obras Sociales, OS).¹⁵ La atención en el sector público es pagada por el Estado en forma integral y no hay libre elección del prestador. Las Obras Sociales cubren el pago de los partos sin devengar costos para las afiliadas y, en general, hay elección del prestador dentro de instituciones disponibles. El sistema de prepagos implica el pago de cuotas y permite la elección del prestador dentro de las instituciones disponibles. Algunas instituciones del sector privado con convenio con Obras Sociales registran las

prestaciones otorgadas a beneficiarios de la Obra Social para su posterior reintegro.

En Argentina no existen cifras oficiales nacionales globales, o por sector de atención, de la tasa de cesárea. Un reporte de 2018 informó una tasa nacional de cesárea del 35.7%, según los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) que, para ese año, tuvo una cobertura del 72.5% de los partos, con preponderancia del sector público.¹⁶ Según los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de 2018-2019 solo el 50.7% de las mujeres reportó un parto y ese porcentaje fue mayor en mujeres del primer quintil de ingreso (61.6%) y quienes finalizaron el embarazo en el sistema público representaron 59.4% en comparación con 38.4% en el sector privado.¹⁷

La provincia de Buenos Aires es la más poblada de Argentina, donde habitan 17,875,743 personas de quienes alrededor del 65% cuenta con Obra Social. El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) es la obra social de la provincia de Buenos Aires y se enmarca en el sistema de seguridad social.

El objetivo de este estudio fue: evaluar las tasas de cesárea en la finalización de embarazos registrados en el sector privado de la Obra Social de la provincia de Buenos Aires (Instituto de Obra Médico Asistencial) entre los años 2017 a 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico y descriptivo de los partos registrados en el Sistema de Modulación Centro Único de Auditoría y Fiscalización IOMA (CUAFI) durante los años 2017 y 2021. El Instituto de Obra Médico Asistencial está organizado en 14 Direcciones Regionales de las que 13 son de la provincia de Buenos Aires y una de la Capital Federal (Región XIII). Cuenta con 197 delegaciones u oficinas de atención, con cobertura en todo el territorio de la provincia de Buenos Aires, Argentina. El Instituto de Obra Médico Asistencial



cuenta con una red de 288 efectores públicos y 219 privados con capacidad para internación en diferentes niveles de complejidad distribuidos en toda la provincia de Buenos Aires.

Durante el año 2021, el Instituto de Obra Médico Asistencial contó con 2,066,962 afiliados. De los partos registrados en el Instituto de Obra Médico Asistencial durante el 2021, más del 80% tuvieron lugar en instituciones privadas.

Para marzo de 2020 el Instituto de Obra Médico Asistencial contaba con 2,058,711 afiliados de los que se estima que 636,060 (31% del padrón total) pertenecen al grupo de personas con capacidad de embarazarse. Se consideran afiliados directos y obligatorios al Instituto de Obra Médico Asistencial todas las personas con actividad dependiente de cualquier organismo de la Administración General de la provincia de Buenos Aires: judiciales, docentes, policías, médicos y legislativos, jubilados y pensionados de la administración. Los beneficios alcanzan al grupo familiar primario. Toda la información de prestaciones otorgadas a los afiliados del Instituto de Obra Médico Asistencial en instituciones privadas de salud de la provincia de Buenos Aires se registra, prospectivamente, en el Sistema de Modulación Centro Único de Auditoría y Fiscalización IOMA. Después, esa información se envía al Instituto de Obra Médico Asistencial para auditoría, control de calidad y pago de cada prestación.

En este estudio se incluyeron todos los partos únicos por vía vaginal o por cesárea, que ocurrieron después de la semana 20 de embarazo registrados en el Sistema de Modulación Centro Único de Auditoría y Fiscalización IOMA.

El desenlace principal fue: finalización del embarazo por cesárea y se analizó según los eventos registrados en el Sistema de Modulación Centro Único de Auditoría y Fiscalización IOMA como módulos GO18Q "parto y atención del recién

nacido" y GO19Q "cesárea y atención del recién nacido". Se describen: la cantidad de partos y porcentajes de cesárea por año y por región sanitaria. Asimismo, se calculó la diferencia de porcentajes de cesárea entre los años 2017 y 2021. Los datos se analizaron en el programa R versión 4.0.3. Las variables cualitativas se reportan como frecuencia (%), mientras que la edad de las afiliadas se informa como mediana (Q1-Q3).

Las bases fueron provistas por el Instituto de Obra Médico Asistencial, sin identificación de los afiliados. El estudio fue aprobado mediante la Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud y el Dictamen 001/2016 de la Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud.

RESULTADOS

En el sector privado de afiliadas de IOMA se registraron 75,368 partos, de los que 124 fueron múltiples y que no se consideraron en este análisis. De los 75,244 partos únicos, 18,258 (24.3%) ocurrieron en el 2017; 17,434 (23.2%) en el 2018; 15,004 (19.9%) en el 2019; 13,368 (17.8%) en el 2020 y 11,180 (14.9%) en el 2021 (**Cuadro 1**). La mediana de edad de las embarazadas fue de 31 años con un intervalo intercuartil de 25-35.

El **Cuadro 1** muestra el total de partos y cesáreas registrados en la base de IOMA en entidades privadas entre 2017 y 2021. Mientras que en el

Cuadro 1. Tendencia de cesáreas en partos registrados en hospitales privados entre 2017 y 2021 en afiliadas a IOMA

	Cesáreas (n)	Total (n)	% Cesáreas
2017	12600	18258	69.0
2018	12152	17434	69.7
2019	10697	15004	71.3
2020	9599	13368	71.8
2021	8232	11180	73.6
Total	53280	75224	70.8

2017 se registraron 12,600 cesáreas de un total de 18,258 partos (69.0%), en el 2021 se registraron 8,232 de un total de 11,180 partos (73.6%).

La mayoría de los partos ocurrió en la Región VI (Lomas de Zamora) (20.1%) y Región XI (La Plata) (22.2%) y el 90% de todos los partos ocurrió en la misma región que reporta la afiliada.

El **Cuadro 2** muestra la cantidad y porcentaje de cesáreas practicadas entre 2017 y 2021 por cada una de las 13 regiones donde ocurrió el parto. Las regiones con porcentajes significativamente mayores de cesáreas fueron: Región IV (Pergamino) con 2157 cesáreas (83.6%), XIV (Dolores) con 1860 (81.7%) y X (Saladillo) con 1713 (78.9%). Las regiones con menor porcentaje de cesáreas fueron la XI (La Plata) con 10,979 (65.8%) y la V (San Isidro) con 4774 (66.5%).

El **Cuadro 2** también muestra la diferencia de cesáreas entre el 2017 y el 2021. Las regiones con mayor aumento de cesáreas fueron la VI (Lomas de Zamora) (9.1%), VIII (General Pueyrredón) (8.2%), XII (La Matanza) (7.6%), V (San Isidro) (6.1%), VII (Morón) (6.0%) y II (Pehuajó) (5.3%). Solo la Región XIV de Dolores, cuyo porcentaje de cesáreas había sido el más alto en 2017, tuvo una reducción de -5.2%.

DISCUSIÓN

Este estudio evaluó todos los partos registrados en las bases del sector privado del Instituto de Obra Médico Asistencial durante cinco años. El porcentaje de cesáreas en el sector privado del Instituto de Obra Médico Asistencial supera el 60% en todos los años y regiones evaluadas y ha aumentado hasta llegar a más del 80% en algunas regiones. En 2017 seis regiones registraron menos de un 70% de cesáreas, mientras que en el 2021 solo una región tuvo valores por debajo de este porcentaje. La mitad de las regiones registró un aumento mayor al 5% durante este periodo.

Estas cifras superan, ampliamente, a las reportadas por el Sistema Informático Perinatal (SIP) que registra los partos del sistema público de Argentina. El Sistema Informático Perinatal reportó, a nivel nacional, una tasa de cesáreas de 35.7% en el 2018, que iba de un 27.0% en Chaco a un 58.9% en Tierra del Fuego.¹⁶ En la provincia de Buenos Aires fue de 33.7% para ese mismo año. Sin embargo, el Sistema Informático Perinatal también evidenció un incremento marcado porque la tasa de cesáreas en esas entidades públicas pasó de 28% en 2010 a 35.7% en 2018.¹⁶ Los datos publicados en relación con la finalización del embarazo en instituciones privadas de Argentina son escasos. Un estudio de dos hospitales de Buenos Aires del 2012 reportó una tasa de cesáreas de entre 48.7 y 53.5%.¹⁸

En los últimos años, el aumento de las indicaciones de la cesárea han sido: obesidad, edad de la mujer y embarazos múltiples; sin embargo, la organización de los servicios de salud y de las mujeres embarazadas también se han identificados como causas de este aumento.¹⁹

Además de las intervenciones clínicas para reducir la cesárea, la OMS recomienda intervenciones no clínicas dirigidas a los establecimientos que asisten partos y a las embarazadas.¹⁹ Entre ellas se recomienda contar en los establecimientos con una segunda opinión para la indicación de la cesárea, auditorías y devoluciones a los profesionales que asisten partos para ayudar a identificar las áreas a mejorar, herramientas para ayudar a las mujeres a tomar decisiones acerca del tipo de parto y acompañamiento para apoyar a las mujeres durante el trabajo de parto.²⁰ En la actualidad se está evaluando la implementación de cuatro de estas intervenciones en Argentina, Burkina Faso, Tailandia y Vietnam.²¹

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran la falta de datos de las indicaciones de las cesáreas y características de la mujer (paridad,



Cuadro 2. Cantidad y porcentaje de cesáreas del total de partos de afiliadas a IOMA registrados en entidades privadas entre 2017 y 2021 por región de la institución donde ocurrió el parto

Región del prestador	Número de cesáreas/Total de partos (%)				Total	Δ (2021-2017)
	2017	2018	2019	2020		
Región I (Bahía Blanca)	592/806 (73.4)	555/751 (73.9)	447/607 (73.6)	430/592 (72.6)	383/516 (74.2)	2407/3272 (73.6)
Región II (Pehuajó)	362/531 (68.2)	375/519 (72.3)	312/422 (73.9)	247/354 (69.8)	222/302 (73.5)	1518/2128 (71.3)
Región III (Junín)	583/761 (76.6)	613/819 (74.8)	561/741 (75.7)	505/669 (75.5)	476/603 (78.9)	2739/3593 (76.2)
Región IV (Pergamino)	532/651 (81.7)	515/598 (86.1)	393/491 (80)	402/459 (87.6)	315/378 (83.3)	2159/2577 (83.6)
Región V (San Isidro)	1127/1752 (64.3)	1073/1662 (64.6)	952/1448 (65.7)	877/1259 (69.7)	745/1058 (70.4)	4774/7179 (66.5)
Región VI (Lomas de Zamora)	2420/3671 (65.9)	2427/3584 (67.7)	2111/2980 (70.8)	1958/2735 (71.6)	1632/2174 (75.1)	10549/15144 (69.6)
Región VII (Morón)	1430/2043 (70)	1293/1880 (68.8)	1223/1654 (73.9)	1007/1402 (71.8)	901/1185 (76)	5854/8164 (71.7)
Región VIII (Gral Pueyrredón)	1034/1514 (68.3)	1035/1467 (70.6)	928/1261 (73.6)	878/1204 (72.9)	755/987 (76.5)	4630/6433 (72)
Región IX (Olavarría)	383/532 (72)	366/471 (77.7)	317/419 (75.7)	304/381 (79.8)	225/305 (73.8)	1595/2108 (75.7)
Región X (Saladillo)	425/535 (79.4)	417/527 (79.1)	330/420 (78.6)	310/395 (78.5)	231/289 (79.9)	1716/2166 (78.9)
Región XI (La Plata)	2636/3999 (65.9)	2482/3807 (65.2)	2194/3373 (65)	1907/2902 (65.7)	1760/2612 (67.4)	10991/16693 (65.8)
Región XII (La Matanza)	608/899 (67.6)	541/784 (69)	526/694 (75.8)	452/627 (72.1)	380/505 (75.2)	2507/3509 (71.4)
Región XIV (Dolores)	468/564 (83)	460/565 (81.4)	403/494 (81.6)	322/389 (82.8)	207/266 (77.8)	1860/2278 (81.7)
Total	12600/18258 (69)	12152/17434 (69.7)	10697/15004 (71.3)	9599/13368 (71.8)	8232/11180 (73.6)	53280/75224 (70.8)
						4.6

educación, ocupación y comorbilidades) que ayudarían a identificar a la población que requirió cesárea. Los estudios futuros debieran evaluar las indicaciones de la cesárea para poder identificar los motivos del aumento y, así, diseñar estrategias para reducir estas intervenciones.⁵

En síntesis, este estudio muestra cifras alarmantemente altas de cesáreas registradas en entidades privadas de la Obra Social de la provincia de Buenos Aires (74%; IC95%: 67-83) con un incremento anual. Estas cifras son muy superiores a las recomendaciones basadas en las cifras asociadas con la mortalidad materna y neonatal y con las tasas esperadas por las causas que justifican una cesárea. Asimismo, no reflejan el deseo de las embarazadas porque ellas muestran una preferencia mucho más baja por la cesárea. Cifras tan altas preocupan por las consecuencias maternas y neonatales a corto y largo plazo que implica una cesárea en comparación con el parto.

CONCLUSIÓN

El alto porcentaje de cesáreas registrado y el incremento en los últimos años muestra la necesidad de diseñar intervenciones para reducir su tasa. Será importante contar con información de sus indicaciones y explorar intervenciones destinadas al personal de salud y a las mujeres para reducir su práctica.

REFERENCIAS

1. Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388 (10053): 1775-812. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616314702>
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gürmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. Zeeb H, editor. *PLoS One* 2016; 11 (2): e0148343. <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0148343>
3. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018; 392 (10155): 1341-48. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618319287>
4. Díaz García LI, Fernández M. Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Rev Derecho* 2018;(ahead).
5. Belizán JM, Minckas N, McClure EM, Saleem S, Moore JL, Goudar SS, et al. An approach to identify a minimum and rational proportion of caesarean sections in resource-poor settings: a global network study. *Lancet Glob Heal* 2018; 6 (8): e894-901. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X18302419>
6. Souza JP, Gürmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: The 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med* 2010; 8.
7. Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karthikeyan G, Kumar V, Kaur I, et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2019; 393 (10184): 1973-82. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618323869>
8. Betran A, Torloni M, Zhang J, Gürmezoglu A, Aleem H, Althabe F, et al. <scp>WHO</scp> Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2016; 123 (5): 667-70. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13526>
9. Organización Mundial de la Salud, Human reproduction Program. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Oms, Hrp 2015; 1-8. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
10. Chen HH, Lai JCY, Hwang SJ, Huang N, Chou YJ, Chien LY. Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. *Birth* 2017; 44 (4): 369-76. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12295>
11. Belizán JM, Althabe F, Cafferata ML. Health Consequences of the Increasing Caesarean Section Rates. *Epidemiology* 2007; 18 (4): 485-86. <https://journals.lww.com/00001648-200707000-00014>
12. Gregory K, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus Vaginal Delivery: Whose Risks? Whose Benefits? *Am J Perinatol* 2012; 29 (01): 7-18. <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0031-1285829>
13. Salud M de. Natalidad y mortalidad 2018. Sint Estad. 2019;nro 6.
14. DEIS, Ministerio de Salud de la Nacion. Secretaría de Acceso a la Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Argentina año 2018.
15. Cormick G, Zhang NN, Andrade SP, Quiroga MJ, Di Marco I, Porta A, et al. Gaps between calcium recommendations to



- prevent pre-eclampsia and current intakes in one hospital in Argentina. *BMC Res Notes* 2014; 7 (1).
16. Ministerio de Salud de la Nación. SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP-G) Indicadores básicos 2018 República Argentina 2018. http://www.sadamweb.com.ar/news/2019_10Octubre/Anuario-SIP-G-2018.pdf
17. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Base de datos de la 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNys2) 2018-2019, 2021. <http://datos.salud.gob.ar/dataset/ennys2>
18. Paleari L, Gibbons L, Chacón S, Ramil V, Belizán JM. [Rates of caesarean sections in two types of private hospitals. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80 (4): 263-69. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22808856>
19. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 2018 (9). <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005528.pub3>
20. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Vol. 66, WHO. Geneva, 2018.
21. Dumont A, Betrán AP, Kaboré C, de Loenzien M, Lumbiganon P, Bohren MA, et al. Implementation and evaluation of non-clinical interventions for appropriate use of cesarean section in low- and middle-income countries: protocol for a multisite hybrid effectiveness-implementation type III trial. *Implement Sci* 2020; 15 (1): 72. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-020-01029-4>

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;25(11):239-42. [https://doi.org/10.1016/j.jogbf.2015.04..0015*](https://doi.org/10.1016/j.jogbf.2015.04..0015)

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).