

Costo directo de cesáreas y reembolso del Seguro Integral de Salud. El caso del Hospital de Apoyo Pomabamba, Ancash, Perú.

Direct cost of cesarean sections and reimbursement of health insurance (Seguro Integral de Salud). The case of Hospital de Apoyo Pomabamba, Ancash, Perú.

Moncada Vega Gladys ¹, Llanos-Zavalaga Fernando^{2,4}, Mayca Perez Julio^{3,4}.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el costo directo de la cesárea y el porcentaje de reembolso realizado por el Seguro Integral de Salud (SIS), en el Hospital de Apoyo Pomabamba (HAP), en Ancash. **Material y métodos:** Estudio de costos, transversal descriptivo de corte retrospectivo. Se consideraron todos los partos por cesárea en el periodo enero a diciembre 2003, 39 de ellas fueron sin complicaciones y 12 complicadas. Se revisaron las historias clínicas y los reportes operatorios de cada paciente. Se realizó análisis univariado considerando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** La edad media fue 25,57 años (rango: 16-43 años), el índice de cesárea en el periodo fue 5,9%. El costo directo por cesárea no complicada fue 307,64 nuevos soles y de la cesárea complicada 469,61 nuevos soles. La diferencia de 52,65% mayor a la cesárea complicada está relacionada al uso de medicamentos y mayor estancia hospitalaria. El monto por cesárea facturado al SIS en HAP fue 17 633,30 nuevos soles (media: 345,75 nuevos soles). **Conclusiones:** El porcentaje asumido por el HAP para las cesáreas financiadas por el SIS fue 36,5% (6 435,30 nuevos soles). Los costos directos calculados son propios del HAP y no se puede generalizar a otros hospitales, porque varían según las características y prácticas propias de cada hospital. Es necesario considerar estudios de costos que permitan observar posibles brechas en el financiamiento del SIS. (*Rev Med Hered* 2009;20:4-10).

PALABRAS CLAVE: Costos, cesáreas, aseguramiento en salud.

¹ Graduada de Maestría de Salud Pública. Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Médico. Profesor Principal. Facultad de Salud Pública y Administración 'Carlos Vidal Layseca'. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Médico. Unidad de Monitoreo y Evaluación. Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD. Lima, Perú.

⁴ ONG Consaludes. Lima, Perú.

SUMMARY

Objective: To determine the direct cost of cesarean section and the rate of reimbursement by health insurance (Seguro Integral de Salud) in Hospital de Apoyo de Pomabamba (HAP), at Ancash. **Material and methods:** Costing study, retrospective cross-sectional study transversal. All caesarean sections during the period January and December 2003. Were included, 39 were non-complicated and 12 complicated. We reviewed clinical and surgical records of each patient. A univariate analysis including central and dispersion measures was done. **Results:** Mean age of patients was 25.57 years (range: 16-43 years), cesarean section rate during the period was 5.9%. Total amount billed at HAP during the period was 17 633,30 Peruvian Nuevos Soles (media: 345,75 Peruvian Nuevos Soles). Direct costs of non complicated and complicated caesarean section was 307,64 Peruvian Nuevos Soles and 469,61 Peruvian Nuevos Soles. 52,65% higher direct costs in complicated cases was related to drugs prescribed and length of stay. **Conclusions:** Percentage assumed by HAP for cesarean sections that should be reimbursed by SIS was 36.5% (6 435,30 Peruvian Nuevos Soles). Estimated direct costs at HAP cannot be generalize to other public hospitals, due to differences in infrastructure and clinical practices. Further national costs studies are needed to estimate financial gaps at the public Insurance Peruvian System. (*Rev Med Hered* 2009;20:4-10).

KEY WORDS: Costs, cesarean section, health insurance.

INTRODUCCIÓN

El índice de cesárea (IC) inferior al 5% en 1960, en la actualidad fluctúa entre 20 a 25% en servicios públicos de salud y es mayor a 50% en el sistema privado (1,2). La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que el IC a nivel poblacional no debe ser superior al 15%, en 1985, considerando los índices de cesárea registrados en países con menores tasas de mortalidad perinatal (TMP) y de mortalidad materna (TMM); en el Perú, las complicaciones obstétricas son el principal factor para dichas muertes (3). Los factores responsables de la frecuencia de cesáreas son: distocias, presentaciones podálicas, cesáreas previas y riesgo médico-legal incrementado en países desarrollados. Ello asociado con mayor conocimiento de fisiopatología de la embarazada, coincidiendo el incremento en IC con una disminución dramática de la TMP (4).

La cesárea, procedimiento casi rutinario para resolver problemas obstétricos, no está exenta de complicaciones. La cesárea complicada es una anomalía o enfermedad asociada al parto por cesárea que se puede dar en el intra o post parto (mayormente en este último): atonía uterina, endometritis, infección de herida operatoria, infección del tracto urinario, etc. La cesárea puede tener *complicaciones inmediatas* y *complicaciones tardías* (4).

En el 2001, el Perú registró un índice de cesárea de 12,7% sugiriendo que las mujeres con complicaciones carecen de acceso a servicios por barreras financieras o geográficas, o porque estos servicios no están suficientemente equipados ni capacitados para abordar

complicaciones (5). En los departamentos del Perú donde es mayor la TMM, (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco y Puno) el acceso a cesáreas de mujeres gestantes que habitan en zonas rurales, es menor al 5%.

En el departamento de Ancash (conformado por 4 Redes de Salud), el IC fue 5,9% (65 cesáreas/1 096 partos) en la Red Pomabamba, en el año 2003 siendo 78,5% aseguradas del Seguro Integral de Salud (SIS). El Hospital de Apoyo Pomabamba, de nivel 1, es el único hospital de la Red; el establecimiento de salud más distante al hospital está a 12 horas y además, la población adscrita es 75% rural y 61% extremo pobre (6).

El SIS, oferta 5 planes de atención, priorizando al binomio madre-niño. Dentro del Plan C, plan de la gestante, se incluye la cesárea, que considera un reembolso estándar a los establecimientos de salud de 140 nuevos soles para cubrir la cesárea y de 25 nuevos soles para la atención del recién nacido (12,13), cifras propuestas por el Seguro Materno Infantil en 1999, sin que haya sido actualizado hasta la fecha del estudio.

El análisis de costos en salud, evaluación racional de los gastos realizados, permite conocer los costos desagregados de todos y cada uno de los componentes requeridos para alcanzar el mejor nivel de producción que la institución pueda lograr. El costo es el resultado de la cuantificación del valor financiero de la fuerza de trabajo, recursos materiales, equipos, edificio y otros recursos necesarios para prestar servicios (8-11). Drummond y col definen 3 categorías de costos. La categoría I son los costos de organizar y operar el

programa, llamados *costos directos* por los economistas. La categoría II considera costos asumidos por pacientes y sus familias, incluyendo gastos de bolsillo y otros recursos usados en el proceso de tratamiento. Las pérdidas de tiempo de trabajo mientras buscan tratamiento, pérdidas de producción, son llamadas por los economistas como *costo indirecto* del servicio o programa (10).

El Hospital de Apoyo Pomabamba, no cuenta con un sistema de información de costos y el personal y sus autoridades consideran que el hospital asume parte de los costos de la cesárea. Por ello, este estudio tuvo el objetivo de determinar el costo directo de la cesárea y el porcentaje de reembolso realizado por el SIS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de costos directos desde la perspectiva del prestador, transversal-descriptivo de corte retrospectivo, orientado a determinar el porcentaje de costo directo de reembolso del SIS para pacientes cesareadas en el Hospital de Apoyo Pomabamba (HAP). Para ello, se consideraron a todas las gestantes cesareadas (unidad de muestreo) en el HAP durante el periodo de enero a diciembre del 2003. De las 65 cesáreas realizadas, 51 fueron cubiertas por el SIS; de ellas, 39 fueron sin complicaciones y 12 complicadas.

Para la determinación de los costos, se consideraron tres momentos: costos pre operatorio, costo intra operatorio y costo post-operatorio. Para cada uno de ellos se incluyeron las dimensiones de costos de tratamiento -medicamentos, etc.-, costos de exámenes auxiliares (exámenes de laboratorio, imagenología, etc.), y Costos de estancia hospitalaria (costos por día).

Para la recolección de la información se diseñaron instrumentos ad-hoc, uno para cada momento, para recoger información de las variables incluidas en las dimensiones definidas. Los instrumentos fueron validados (face validity), para identificar y medir los costos hospitalarios de la paciente SIS. En resumen, estos instrumentos se subdividieron según: días de estancia hospitalaria, análisis de laboratorio, transfusión sanguínea, ecografías, medicamentos, insumos, para los tres momentos establecidos.

Se procedió a la revisión exhaustiva de las historias clínicas para obtener la información de procedimientos realizados, medicamentos recetados, exámenes auxiliares y tiempo de hospitalización. Para la valorización de costos se consideraron los precios de

farmacia, de los exámenes de laboratorio y las tarifas por día de hospitalización y en otros casos los precios de mercado. Se debe mencionar que el reembolso del SIS no considera el costo por prestador-hora.

La información recolectada fue ingresada en una base de datos en el programa Microsoft Excel v9.0 y luego se realizó el análisis univariado de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión de las pacientes con cesárea no complicada y complicada, mediante el programa SPSS v12.0 para Windows.

RESULTADOS

Se evaluaron 39 historias clínicas de pacientes cesareadas no complicadas y 12 de cesáreas complicadas. La edad media de las pacientes fue 25,57 años (rango: 16-43 años), el tiempo promedio de hospitalización fue 5,65 días, las principales indicaciones de cesárea fueron incompatibilidad céfalo pélvica y distocia de presentación. El 65,85% de las pacientes fueron referidas de los establecimientos de la jurisdicción del Hospital de Apoyo Pomabamba (03 centros de salud, 27 puestos de salud y el Hospital de Sihuas).

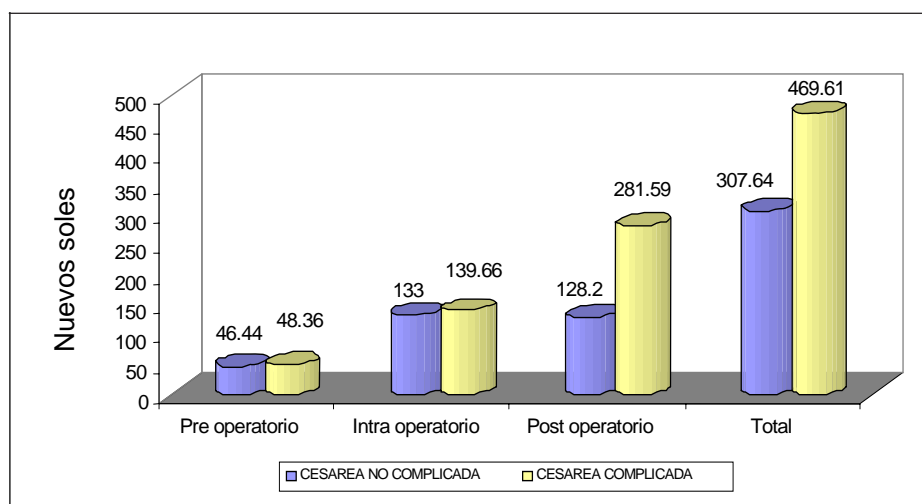
La comparación de costos directos de cesárea complicada y no complicada SIS (Gráfico N°1) mostró que en la cesárea no complicada el mayor costo fue en el intra operatorio (133,00 nuevos soles (NS), por los medicamentos e insumos utilizados y en su mayoría, por ser cesáreas de emergencia y referidas de los establecimientos de la jurisdicción del Hospital de Apoyo Pomabamba. En las cesáreas complicadas el mayor costo se dio en el post operatorio (281,59 NS).

Cabe señalar que el costo de los insumos y medicamentos son establecidos por la DIGEMID, y que éste es variable dependiendo del nivel de establecimiento.

La cesárea complicada (469,61 NS) tuvo un costo mayor en 52,65% en relación con la no complicada, cuyo costo fue de 307,64 NS (Gráfico N°1), esto debido a la utilización de medicamentos para la complicación y al aumento de la de estancia hospitalaria (en promedio 7,17 días), prioritariamente.

El costo directo de la totalidad de cesáreas no complicadas y complicadas fue 17 633,30 NS y el monto reembolsado por el Seguro Integral fue 9 370,00 NS. El costo más representativo se debe al servicio de cesárea, por lo insumos utilizados en el intra operatorio

Gráfico N° 1. Costo por fase en cesárea no complicada y complicada. Hospital de Apoyo Pomabamba. 2003.



y por un día más de estancia hospitalaria (04 días) para cesárea no complicada. Este costo para ambos grupos es mayor al costeo por SIS con 140 NS.

Se comparó los costos que cubre el Seguro Integral de Salud por prestaciones estipulado en el Plan "C", en toda la atención de la gestante sometida a cesárea en el Hospital de Apoyo Pomabamba, siendo los siguientes; Cesárea (insumos, medicamentos, análisis de laboratorio y hasta 03 días de estancia hospitalaria), ecografías, transfusiones sanguíneas, atención inmediata de recién nacido (Plan A).

El análisis de los resultados muestra que el SIS cubre el 52.0% del costo de la atención de la gestante sometida a cesárea (Tabla N° 1), y 11,5% es asumido por los Recursos Ordinarios, y 36,5% es asumido por el hospital. La tarifa de cesárea, que tiene el SIS no cubre el costo de la cesárea en el Hospital de Apoyo Pomabamba, existiendo una diferencia para cesárea no complicada de 5893,56 NS y para cesárea complicada 3182,40 NS, que es asumido por la institución prestadora del servicio.

DISCUSIÓN

El costo directo de la cesárea no complicada fue de 307,64 NS y en la cesárea complicada fue 469,61 NS cifras que están dentro de lo esperable pues los costos durante el periodo post quirúrgico son mayores (en días de hospitalización, exámenes auxiliares, tratamiento, etc.). El análisis en cada grupo de pacientes de alguna manera refuerza lo anterior.

En la cesárea no complicada el mayor costo fue en el periodo intra operatorio, teniendo como promedio de estancia hospitalaria en el post operatorio 4,14 días, y el Seguro Integral de Salud sólo cubre tres días de estancia hospitalaria. Las complicaciones tardías que se pueden presentar en el post operatorio, entre ellas, las infecciones de herida operatoria que se manifiestan entre el 3er y 4to. día post cesárea asociado a factores sociales (déficit de higiene, edad de la madre, inaccesibilidad geográfica, analfabetismo), hacen que se prolongue la estancia hospitalaria y se lleve el costo.

Un estudio económico de cesárea realizado en Chile mostró que el mayor porcentaje de costo es en honorarios profesionales y el promedio de estancia establecimientos de salud. En cuanto a los establecimientos de salud, se debería adoptar un sistema de contabilidad de costos, junto con un programa intensivo de educación de los prestadores en cuanto a la calidad de atención y calidad de llenado de los expedientes, para disminuir la tasa de rechazo de expedientes.

Asimismo, se desconoce si la existencia del aseguramiento en salud a través del SIS o la propuesta de Aseguramiento Universal en el país tendrá algún efecto en las prácticas de los especialistas y si este efecto será en las capitales de departamento o en todo el país, tanto en la búsqueda de mayor atención en la hospitalaria fue 3,81 días, que podría disminuir a 2 días para reducir costos; sin embargo, deberá analizarse si es posible desde el punto de vista médico y social de la mujer sometida a cesárea y su recién nacido (14).

Tabla N° 1. Costos directos totales por cesárea en el Hospital de Apoyo Pomabara

Distribución del Costo por Cesárea Según	Hospital de Apoyo Pomabamba			Seguro Integral de Salud			
	Reembolso SIS	N°	Unidad /N.S. por procedimiento	Total/N.S.	N°	Unidad/ N.S.	Total/N.S.
Cesárea no Complicada	Costo de Cesáreas (no incluye costo de ecografía, transfusión sanguínea, recién nacido)						
	Ecografía obstétrica	11	20,00	220,00	11	10,00	110,00
	Recién Nacido (38+1parto múltiple)	40	10,61	424,40	40	25,00	1 000,00
	Transfusión sanguínea	0	0	0	0	0	0
	Total			11 997,96		TOTAL	6 570,00
Cesárea Complicada	Costo de Cesáreas (no incluye costo de ecografía, transfusión sanguínea, recién nacido)						
	Ecografía obstétrica	9	20,00	180,00	9	10,00	90,00
	Recién Nacido (10+2parto múltiple)	14	10,61	148,54	14	25,00	350,00
	Transfusión sanguínea	4	111,10	444,40	4	120,00	480,00
	Total			5 635,34		Total	2 600,00
Costos Directos Totales			17 633,30		Reembolso SIS	9 170,00	

Por otro lado, en la cesárea complicada, el mayor costo se da en el post operatorio debido a la utilización de antimicrobianos y aumento significativo de estancia hospitalaria (7,17 días), cabe señalar que en este estudio se consideraron todas las complicaciones.

En un estudio de infecciones intrahospitalarias mostró que, en Chile, financiado por FONASA e ISAPRES cancelan a los prestadores por las atenciones entregadas, mientras que en EE.UU, se entrega un monto fijo por patologías específicas, y el paciente asume el costo de las IHH (15).

En nuestro país, si bien la normatividad del SIS señala que estos costos no deben ser cubiertos y deben ser transferidos a los hospitales, aparentemente se ha ido flexibilizando, debido a que las gestantes en su mayoría de pobreza extrema no pueden pagar el costo que no cubre el SIS.

El costo directo por cesárea asumido por el Hospital de Apoyo Pomabamba en pacientes SIS, durante el periodo, representó el 36,5%. Actualmente en el SIS, paga por episodio resuelto, mediante un mecanismo de pago por tarifa fija para cesárea 140 NS, por atención de recién nacido (25 NS), por ecografía (20 NS) y por transfusión sanguínea (120 NS), sin cubrir la totalidad

de los costos directos de una cesárea, generando el desfinanciamiento de los establecimientos prestadores (13).

Arroyo (16) señala que el factor que más ha afectado el desempeño de los servicios públicos, ha sido el no reembolso por el SIS de todas las atenciones brindadas a sus afiliados. En el 2002, se generaron 15 170 607 atenciones y 5 863 687 de afiliaciones. En ese año se pagó un total de 159 238,284 NS, pero dejó pendiente de pago una deuda de 52 702 425 NS. En el año 2003, hubieron 18 603 827 atenciones y se afiliaron a 7 571 302 personas, generando una deuda de 133 054 054 NS a los establecimientos. Un estudio en la DISA Lima IV en el 2002 mostró que existieron retrasos de más o menos 30 días en el reembolso, a los establecimientos de salud situación que se está mejorando (17).

Es compleja la comparación con los estudios extranjeros, pues la referencia de costos no es comparable. Más aún, algunos estudios son muy específicos y no aplicables al propósito de nuestro estudio, por ejemplo, el estudio comparativo de costos sobre partos vaginales y cesáreas planificadas en presentación de nalgas, realizado en Canadá mostró que las cesáreas eran menos costosas (CAN\$7 165 vs.

CAN\$8 042 por madre y niño; promedio de diferencia –CAN\$877, IC 95%:–CAN\$1286 a –CAN\$473) para dichos casos (18), sin embargo, Klein (19), cuestiona estos resultados señalando que en el seguimiento de dos años del mismo estudio no se encontraron diferencias significativas.

Reconocemos como lo propone Epstein (20) que los estilos de tratamiento tienden a persistir dentro de un mercado a lo largo del tiempo, cuando dichos mercados son relativamente estables. El encontró que la variación de cesáreas dentro de un mercado tiende a ser dos a tres veces más alta que la variación entre mercados y plantea que los programas de residentado explican menos del 4% de las variaciones entre los profesionales de planta y los residentes. Este efecto tendría que ser estudiado en nuestro país.

Los problemas que se generan como parte del aseguramiento público, no son exclusivos de la realidad peruana. Por ejemplo, el Seguro Básico de Salud boliviano cubre el costo de los medicamentos incluidos en el paquete; sin embargo en la práctica, el suministro de los mismos por parte de las entidades públicas encargadas en el ámbito nacional y departamental (CEASS y URES, respectivamente) presenta algunos “cuellos de botella”, ya que no siempre están disponibles en su totalidad. Además, emiten cheques correspondientes para la cancelación del Seguro, pero tienen problemas de retraso en reembolsos y a veces de no pago de reembolsos.

Entendiendo que el desarrollo de un sistema de aseguramiento debe ser concebido como parte de un proceso, hay derechos y responsabilidades que deberán ser asumidas por el financiador, el prestador y el usuario. En relación al primero (SIS), se debe garantizar la atención prioritaria de la población en condición de pobreza, ello implica desarrollar sistemas de identificación apropiada de los usuarios, mecanismos de pago por tarifa establecido por un protocolo validado por cada establecimiento, especialmente de aquellos que se encuentran en zonas alejadas y de difícil acceso, garantizando tarifas reales y evitando el desfinanciamiento y descapitalización de los establecimientos de salud. En cuanto a los establecimientos de salud, se debería adoptar un sistema de contabilidad de costos, junto con un programa intensivo de educación de los prestadores en cuanto a la calidad de atención y calidad de llenado de los expedientes, para disminuir la tasa de rechazo de expedientes.

Asimismo, se desconoce si la existencia del aseguramiento en salud a través del SIS o la propuesta de Aseguramiento Universal en el país tendrá algún efecto en las prácticas de los especialistas y si este efecto será en las capitales de departamento o en todo el país, tanto en la búsqueda de mayor atención en la práctica privada o incremento global en el índice de cesáreas. Por ejemplo, Gruber & Owings (21) señalan que la caída de 13,5% en la fertilidad en los Estados Unidos durante el periodo 1970-1982, aumentó la presión sobre los gineco-obstetras para sustituir las prácticas hacia procedimientos más rentables, como las cesáreas, encontrando una fuerte correlación entre ambas.

Finalmente, compartimos la propuesta de Romano (22) que se debe buscar que la atención del parto sea vía vaginal, a menos que haya otras indicaciones. Esta propuesta está sustentada en diversos estudios que muestran el beneficio del parto “normal”, incluyendo los partos vaginales post primera cesárea (23).

Correspondencia:

Dr. Fernando Llanos-Zavalaga.
Av. Honorio Delgado 430 – San Martín de Porres.
Lima – Perú.
Correo electrónico: fllanosz@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moran S. Operación cesárea en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo enero 2000 – Diciembre 2001. Tesis para Optar el Título de Médico - Cirujano. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001.
2. Mills A. The financing and economics of hospitals in developing countries: Key issues and research questions Technical Report PHN. London: World Bank-Population and Human Resources Department; 1991.p. 68-71.
3. Freire E. La epidemiología de las cesáreas en América Latina. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos; 1997. p. 13-20.
4. Agüero O. Frecuencia actual de la cesárea. Revista Centro Medico. 1985; 24:167.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en Las Americas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 480.
6. Hospital de Apoyo de Pomabamba. Plan Operativo Anual 2004. Pomabamba: Hospital de Apoyo de Pomabamba; 2003. p. 44.

7. Anderson J. La muerte maternal en zonas rurales del Perú. Lima: Ministerio de Salud, Programa de Salud Materno Peri natal /Proyecto 2000, USAID; 1999.p. 202.
8. Arredondo A, Damián T. Costos económicos en la producción de los servicios de salud: Costo de los insumos al costo de manejo de caso. *Salud Pub Méx* 1997; 39(2): 117-24.
9. Ministerio de Salud. Análisis de Costos de los servicios de salud. Lima: Ministerio de Salud; 1997. p. 113.
10. Ministerio de Salud. Impacto económico de la malaria en el Perú. Lima, Peru: Instituto Apoyo; 2000. p. 127.
11. Drummond M. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. Segunda Edición. Madrid, España Editorial Díaz de Santos; 2002. p. 363.
12. Ministerio de Salud. Lineamientos de salud y objetivos del sistema de costos. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 1997.
13. Ministerio de Salud. Manual operativo de la Gerencia de Operaciones: Afiliaciones, aseguramiento, supervisión médica. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2004.
14. Salinas H. Programa de intervención clínica y económica de la operación cesárea en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(6): 451-5.
15. Brenner P, Nercelles P, Pohlenz M, Otaíza F, Grupo alumnos del Magister en Infecciones Intrahospitalarias. Costo de las infecciones intrahospitalarias en hospitales chilenos de alta y mediana complejidad. *Rev Chil Infectol* 2003; 20(4): 285-90.
16. Arroyo J. A medio quinquenio en Salud. En: OXFAM. Pobreza y Desarrollo en el Perú. Informe anual 2003-2004. Lima, Perú: Oxfam; 2004.
17. Carreño R. Análisis del proceso administrativo de reembolso por atenciones del Seguro Integral de Salud en la Dirección de Salud IV Lima este, en el año 2002. Tesis para optar grado de Magíster. Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2005.
18. Palencia R, Gafni A, Hannah ME, et al. The costs of planned cesarean versus planned vaginal birth in the Term Breech Trial. *CMAJ* 2006; 174(8):1109-13.
19. Klein M. Not safer and not cheaper?. *CMAJ* 2006;175(10): 1243.
20. Epstein A, Nicholson S. The formation and evolution of physician treatment styles: An application to cesarean sections; Working Paper 11549. New York: National Bureau of Economic Research.. 2005 .p. 42.
21. Gruber J, Owings M. Physician financial incentives and cesarean section delivery; Working Paper N°. 4933. New York: National Bureau of Economic Research. November 1994. p. 49.
22. Romano AM. Research summaries for normal birth. *J Perinat Educ* 2006; 15(1): 52–55.
23. DiMaio H, Edwards RK, Euliano TY, Treloar RW, Cruz AC. Vaginal birth after cesarean delivery: an historic cohort cost analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5): 890-2.

Recibido: 25/03/07

Aceptado para publicación: 20/01/09