

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.



LA PRÁCTICA DE LA CESÁREA Y SU RELACIÓN CON LA  
REALIZACIÓN DE CONGRESOS MÉDICOS DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA

UN ANÁLISIS DE COHERENCIA ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

ANA JEANETTE ROJAS CRUZ

DIRECTOR DE TESINA: DR. OLIVER DAVID MEZA CANALES

AGUASCALIENTES, AGS

AGOSTO, 2019



## **Agradecimientos**

La realización de este trabajo supuso un gran reto en mi vida. De antemano, llegar a este punto no habría sido posible sin el apoyo y guía sin igual del Dr. Oliver Meza. Gracias por nunca perder la confianza en mí. Asimismo, agradezco al Dr. Guillermo Cejudo y la Dra. Elizabeth Pérez-Chiques por aceptar ser mis lectores por sus valiosas aportaciones a este trabajo. Por último, no quiero dejar pasar mencionar las aportaciones también realizadas por el Dr. Raúl Pacheco-Vega.

Doy las gracias a mi familia. Gracias mamá y papá por siempre confiar en mí, por todos los esfuerzos que supuso hacer que mis hermanos y yo tuviéramos la mejor educación posible, este logro también es de ustedes. A Jaime, por tenerme la paciencia y apoyarme incondicionalmente; por siempre exigirme ser mejor y creer en mí.

También quiero agradecer a todas las personas que estuvieron a mí alrededor durante estos casi seis años; mis compañeros de generación, sin ustedes y su apoyo, esto no hubiera sido posible. A mis profesores, gracias por compartir su conocimiento, cada uno de ustedes, fue una parte muy importante en este andar. Sara Silvia, muchas gracias por tu apoyo incondicional, esto tampoco habría sido posible sin ti. Por último, durante estos dos últimos años como asistente de investigación de este centro, tengo que agradecer nuevamente al Dr. Oliver Meza por confiar en mí y darme la oportunidad de aprender y trabajar en tantos proyectos; al Dr. Jaime Sainz también por la confianza; a mis compañeros asistentes y el personal administrativo.

## Resumen

Generalmente, la literatura sobre coherencia en las políticas públicas está enfocada a la coherencia interna, es decir, a la teoría causal de la política. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que las políticas públicas deben de ser coherentes en sí mismas, pero también respecto a otras políticas públicas. Esta investigación examina la forma en que dos políticas del sector salud, son políticas incoherentes, al grado de que en su implementación generan un efecto neutralizador entre ellas. El caso que utilizo para ilustrar lo anterior, es la práctica innecesaria de la cesárea en México. De manera independiente y en paralelo a otras causales ya estudiadas, la práctica de la cesárea puede estar siendo ocasionada en parte por la incoherencia que existe dentro de dos acciones de política que el mismo Estado realiza, cada una coherente en su propia lógica, pero al ser valoradas en conjunto, el impacto de estas dos acciones podría estar evitando la disminución del uso innecesario de las cesáreas como método de nacimiento. Para ello, analizo la relación que existe entre la realización de congresos médicos de ginecología y obstetricia, y el comportamiento de la tasa de cesáreas durante este periodo. La estrategia empírica utiliza un modelo de regresión múltiple por mínimos cuadrados ordinarios y los datos son tipo *pseudopanel*. Los resultados sugieren que durante los días previos a la realización de los congresos médicos la tasa de cesáreas aumenta.

## Índice

Lista de tablas.....	v
Lista de gráficos.....	vi
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO I. Aproximaciones teóricas .....</b>	<b>4</b>
<b>I.I La coherencia de las políticas públicas.....</b>	<b>4</b>
<b>I.II. Coherencia entre las políticas públicas.....</b>	<b>7</b>
<b>I.III Reglas institucionales y la coherencia externa.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II. La práctica de la cesárea y los congresos nacionales de ginecología y obstetricia .....</b>	<b>11</b>
<b>II.I La práctica de la cesárea.....</b>	<b>11</b>
<b>II.II La realización de congresos médicos de ginecología y obstetricia en México.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO III. Diseño de la investigación .....</b>	<b>20</b>
<b>III.I Metodología .....</b>	<b>20</b>
<b>III.II Datos .....</b>	<b>21</b>
<b>III.II.I Variable dependiente .....</b>	<b>22</b>
<b>III.II.II Variables independientes .....</b>	<b>22</b>
<b>VI.II.III Variables control .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO IV. Resultados.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO V. Discusión .....</b>	<b>31</b>
<b>V.I Limitantes de la investigación.....</b>	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO VI. Conclusión .....</b>	<b>33</b>
<b>VI.I Implicaciones de política pública .....</b>	<b>34</b>
<b>VI.I.I Coherencia externa.....</b>	<b>34</b>
<b>VI.I.II Práctica de la cesárea en México .....</b>	<b>34</b>
Referencias.....	36
Anexo 1.....	39

## **Lista de tablas**

### **Tabla 1.**

*Congresos en Ginecología y Obstetricia. Tipos, actividades y puntaje que otorgan.....18*

### **Tabla 2.**

*Estadística descriptiva y narrativa de variables independientes .....24*

### **Tabla 3.**

*Estadística descriptiva y narrativa de variables control.....25*

### **Tabla 4.**

*Especificaciones de regresión por Mínimos Cuadrados Ordinarios .....29*

## **Lista de gráficos**

### **Gráfica 1.**

*Estimadores días antes, durante y después del congreso.....28*

## **Introducción**

Gran parte de los estudios sobre coherencia versan en la coherencia interna, es decir, sobre la teoría causal de la política. Esto ha llevado a dejar de lado el análisis de coherencia externa (Cejudo y Michel, 2016). Si tomamos como premisa que los problemas públicos son complejos y multidimensionales, la coherencia externa existe cuando distintos instrumentos de política inmersos en el mismo espacio de política cumplen con sus objetivos; y cada uno de manera diferente, atienden una dimensión del problema público (Aguilar, 2009; Cejudo y Michel, 2016). Sin embargo, existen políticas públicas que al ser analizadas individualmente son coherentes y logran cumplir sus objetivos. Pero, al analizarlas en conjunto con otro tipo de políticas, relacionadas o no directamente, son incoherentes e incongruentes y pierden toda capacidad de sinergia para lograr los grandes objetivos del espacio en el que coexisten, lo cual genera efectos negativos en otras políticas o problemas públicos (Cejudo y Michel, 2016; Howlett y Rayner, 2007), y puede ser causa del mal desempeño de una política pública.

La literatura en México sobre la práctica de la cesárea tiene que ver con factores relacionados directamente a la oferta y demanda de los servicios de salud. Por una parte, se encuentran las características sociales y económicas de las mujeres que deciden experimentar una cesárea; por otra parte, la calidad y cantidad de los servicios de salud; así como las decisiones médicas de inducir la mayor parte de nacimientos por cesárea. Es en este último aspecto donde toma importancia esta investigación.

La decisión de los médicos por la práctica de la cesárea innecesaria puede atribuirse a factores que no están en su control directamente, pero tienen que ver con actividades que el mismo gobierno impulsa a través de acciones de política pública. En este sentido, la paradoja consiste en que dos prácticas diseñadas para salvaguardar el bienestar de las mujeres para una atención integral del parto entran en contradicción pues la implementación de una podría estar asociada al incremento en la utilización de la cesárea de manera innecesaria. Las dos acciones en particular, que sostengo entran en contradicción son, la realización de congresos médicos de ginecología y obstetricia que forman parte de la política de capacitación médica,

la práctica de la cesárea como método más usado para concluir un embarazo, que forma parte de la política de salud materna y perinatal.

Lo cual, me lleva a preguntar si la realización de los congresos médicos de ginecología y obstetricia tiene alguna relación con el comportamiento de la tasa de cesáreas en México.

Argumento que el problema de la práctica de la cesárea en México puede explicarse por la falta de coherencia entre políticas públicas. De un lado se encuentran las acciones del gobierno mexicano al reconocer que tenemos de las más altas tasas de cesáreas a nivel mundial y buscar disminuirla; y por otro lado las acciones del gobierno de mantener capacitados y actualizados a los médicos ginecólogos y obstetras. La manera en que voy a probar que estas dos políticas se contraponen tiene que ver con el análisis del comportamiento de la tasa de cesáreas durante un periodo de días previos, durante y después de la realización de los congresos médicos nacionales. Las hipótesis que busco probar es que durante los días previos de los congresos la tasa de cesáreas aumenta debido a que los médicos programan nacimientos por cesárea para evitar que se den de manera natural durante los días que van a estar fuera en el congreso, esto con la finalidad de prever alguna complicación médica durante su ausencia. Una hipótesis secundaria que propongo es que para los estados que son sede de los congresos, el comportamiento de la tasa de cesáreas antes y durante el congreso es distinta por cuestiones de distancia y organización de tiempo. El objetivo principal de esta investigación es identificar áreas de políticas públicas vulnerables y con oportunidad de cambio que generan un alto impacto en el problema público analizado.

El documento se divide en seis capítulos. En el primero realizo un análisis sobre las principales teorías y supuestos que se han desarrollado en torno al tema de coherencia de las políticas públicas y los acuerdos institucionales que influyen en el logro de la misma. En el segundo capítulo contextualizo la problemática que hay detrás de la práctica de la cesárea; los factores asociados haciendo una distinción entre los relativos a la demanda y oferta de servicios de salud. También explico las implicaciones que tiene la práctica de la cesárea específicamente en el sector salud, las acciones que el gobierno mexicano ha puesto en marcha para resolver el problema y por último, aclaro la relación que guarda la tasa de

cesáreas con la realización de los congresos médicos en México. En el tercer capítulo desarrollo la estrategia empírica de la investigación. El primer apartado corresponde a la metodología, en este caso se trata de una estimación por mínimos cuadrados ordinarios. En seguida se describen las variables de análisis: dependiente, independientes y controles; lo cual comprende la fuente, construcción y justificación de su integración en el análisis. Por último, explico el modelo, regresión múltiple, con las variables de análisis. En el cuarto capítulo, presento los resultados del modelo de estimación en donde demuestro validez del argumento principal y las hipótesis que guiaron esta investigación; así como las limitantes de esta. En general, los resultados sugieren que existe una relación positiva y significativa entre la realización de congresos médicos de ginecología y obstetricia y el aumento de la tasa de cesáreas, específicamente en los días previos a la realización del congreso, lo cual, me permite justificar que la práctica excesiva de la cesárea en México puede estar siendo ocasionada en parte por la incoherencia que existe entre dos acciones de política que el mismo Estado realiza; cada una coherente en el marco de su propia lógica, pero al valorar la relación entre ellas, el impacto de estas dos acciones podría estar evitando la disminución del uso innecesario de las cesáreas en México. En el capítulo cinco, contextualizo los hallazgos de la investigación con las aproximaciones teóricas sobre coherencia entre los instrumentos de las políticas públicas. Y hago referencia a las aportaciones que este estudio genera tanto en el tema de coherencia entre políticas públicas como en el análisis de la práctica de la cesárea. La primera aportación muestra evidencia de que existen políticas públicas con poca coherencia externa que en su implementación se contraponen logrando efectos negativos en otro espacio de política pública. Y la segunda tiene que ver con el agregar un nuevo factor al estudio del comportamiento de la tasa de cesáreas en México, relacionado a la oferta de servicios, la capacitación médica. Por último, en este apartado se mencionan las principales implicaciones de política pública a tomar en cuenta dados los resultados y hallazgos de la investigación.

# CAPÍTULO I

## Aproximaciones teóricas

### I.I La coherencia de las políticas públicas

El análisis teórico para esta investigación toma en cuenta la coherencia externa como parte del análisis de las políticas públicas. Existen políticas que al ser analizadas individualmente pueden ser coherentes y cumplir con sus objetivos. Sin embargo, al analizarlas en conjunto con otras políticas, relacionadas o no, son incoherentes y pueden generar efectos negativos en otras políticas o problemas públicos (Cejudo y Michel, 2016). El verdadero potencial de una política reside en la contribución que su implementación hace a la combinación de políticas existentes independientemente si están encaminadas a resolver el mismo problema público o solo comparten objetivos generales (Howlett y Rayner, 2007).

En cuanto a la literatura sobre coherencia, podemos encontrar que hay dos tipos de coherencia, la interna que se refiere al análisis de la teoría causal de la política; y la externa que se refiere al análisis del desempeño de la política entre políticas o dentro de un espacio de política (Cejudo y Michel, 2016). Esta investigación se torna sobre la segunda. Los objetivos principales del capítulo son analizar las bases teóricas que anteceden y dan soporte a la investigación con la finalidad de poder establecer un vínculo claro entre la teoría y el caso de estudio que se eligió para explicar la importancia de la coherencia externa de las políticas públicas.

Para dar inicio a la revisión teórica del tema de coherencia es indispensable que primero aclaremos a qué nos referimos con coherencia. Luis F. Aguilar (2009) suscribe a la coherencia como una característica “de los lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos de las acciones del gobierno”, entendidas como políticas públicas. Esta característica puede ser interna o externa, sin ser excluyentes. La coherencia interna se refiere a la teoría causal que dio origen a la política pública (Cejudo y Michel, 2016), asimismo, se refiere a la coordinación que debe existir entre procesos y estructuras (Pollit, 2003; Christensen y Laegreid, 2008; Peters, 2004, en Cejudo y Michel, 2015). La coherencia

externa es el proceso mediante el cual los gobiernos hacen el esfuerzo de diseñar políticas que tomen en cuenta los intereses de otras políticas (Blouin, 2007) dado el supuesto de que comparten un conjunto de ideas y objetivos comunes (May *et al.*, 2006). Toda política pública “está constituida por acciones, intencionales y causales”, por lo tanto, la estructura de toda política pública debería estar determinada por normas valorativas y técnicas, que respalden la eficiencia y/o eficacia de las acciones que se realicen para llevarlas a cabo (Aguilar 2009).

Si tomamos como premisa que los problemas públicos son complejos y multidimensionales, la coherencia en este nivel existe cuando distintos instrumentos de política inmersos en el mismo espacio de política, cada uno de manera diferente, atienden una dimensión del problema público, e idealmente aportan a la solución de un mismo problema público (Cejudo y Michel, 2016).

Por lo que el foco de análisis reside en la unión, complementariedad y “sinergia” que existe entre los instrumentos de todas las políticas dentro de un mismo espacio, para alcanzar el objetivo general del espacio de política en el que coexisten (Cejudo y Michel, 2016).<sup>1</sup> De tal manera que se asegure transversalidad de las acciones y con ello minimizar la reiterada inconexión e incoherencia entre los programas de una política pública (Aguilar, 2009).

Entonces, si una política pública idealmente debiera ser eficiente y eficaz interna y externamente ¿por qué existen políticas públicas incoherentes? Cejudo y Michel (2016) lo atribuyen a la “especificidad que caracteriza a las políticas públicas”, porque son acciones del Estado que buscan dar solución a problemas concretos y delimitados. Y puede generar lo que ellos denominan un “problema de miopía”, porque los estudios sobre coherencia de las políticas públicas, por lo general, están focalizados en los procesos y estructuras, sin tomar en cuenta el conjunto de políticas que conforman el dominio donde pertenece, o las políticas de otros dominios que de cierta manera son compatibles o buscan solucionar el mismo problema (Cejudo y Michel, 2016).

---

<sup>1</sup> “Un supuesto importante en este nivel es que cada una de las políticas tiene coherencia interna, pues se asume que cada una atiende un problema público concreto, cuya solución implica la solución parcial del problema público amplio que busca atender el espacio de política donde existen.” (Cejudo y Michel, 2016)

Por otra parte, la coherencia puede ser considerada una cualidad dentro de la toma de decisiones racional, de acuerdo con las definiciones de esta, ésta plantea una maximización de los beneficios (Jordan y Halpin, 2006) y la minimización de conflictos que puede originar una política pública (Blouin, 2007).

La coherencia, como objeto de estudio en las políticas públicas, tiene tres niveles de análisis: El primer nivel corresponde a la coherencia en las políticas públicas, se refiere a la existencia de una lógica entre la definición del problema, los instrumentos de la política pública y los resultados esperados (Cejudo y Michel, 2016), por lo que este nivel corresponde a la coherencia interna. El segundo nivel pertenece a la coherencia entre políticas, se refiere a las intervenciones del Estado que pertenecen a un espacio de política<sup>2</sup> y en el agregado buscan alcanzar los objetivos de ese espacio. Por último, está la coherencia entre espacios de política pública, aquí “se analiza la interacción entre los resultados y el proceso de implementación de los espacios de política” (Cejudo y Michel, 2016). A estos dos últimos niveles corresponde la coherencia externa, la política deja de ser el objeto de estudio y toma importancia el conjunto de políticas circunscritas en el mismo espacio de política. Lo ideal, sería tener políticas que fuera congruentes, compatibles y complementarias, para evitar problemas de traslape o duplicidad de actividades<sup>3</sup>, lo cual, en un largo plazo tendría como consecuencia pérdidas económicas, políticas, entre otras, además de un nulo cumplimiento de los objetivos generales del espacio de política (Cejudo y Michel, 2016).

A continuación, por el tipo de caso que se desarrolla en la investigación, las aproximaciones teóricas versan sobre el segundo nivel de análisis, es decir, sobre la coherencia entre las políticas públicas.

---

<sup>2</sup> May *et al.*, 2006 (pp. 382) definen a los espacios de política como “áreas de política más o menos establecidas que dan significado a problemas comunes y que tienen propiedades integradoras”. Estas propiedades “son aquellas que sirven para vincular los problemas públicos con los intereses de distintos actores” (Cejudo y Michel, 2016).

<sup>3</sup> Howlett y Rayner (2007), definen El traslape o *layering* de las políticas se refiere al hecho de añadir nuevos objetivos e instrumentos a una política, con el fin de lograr resultados, sin dejar de lado los objetivos e instrumentos anteriores. El *policy drift* se refiere a inconsistencia por un cambio en los objetivos originales pero una permanencia de los instrumentos. Y por último, el *policy conversion* consiste en un cambio de los instrumentos para el logro de nuevos objetivos en un espacio de política donde el avance está bloqueado.

## **I.II. Coherencia entre las políticas públicas**

Este nivel analiza la interacción que existe entre las políticas inmersas en un mismo espacio de política. Cuando existe coherencia entre las políticas, éstas tienen una aportación clara al logro del objetivo del espacio de política, y también pueden contribuir en la implementación consecución de los objetivos de otra política; asimismo a beneficiar a una población objetivo distinta a la que atienden otras políticas pero que también entra en el objetivo del espacio, y por último a lograr resolver un problema público relacionado con el espacio de política al que pertenecen (Cejudo y Michel, 2016).

Sin orden de importancia, el análisis de coherencia entre políticas públicas puede ser de tres tipos: coherencia entre los instrumentos de las políticas públicas, coherencia entre la población objetivo de cada política pública y la coherencia entre los objetivos de las políticas públicas. Para los fines de este estudio y por la manera en que contextualizo el caso de estudio en el próximo capítulo, los siguientes párrafos versarán sobre la coherencia entre los instrumentos de las políticas públicas.

La política pública también puede ser entendida como el conjunto estructurado de programas, donde cada uno sigue los lineamientos y objetivos generales de la política, pero a su vez ataca problemas, componentes, o hechos particulares de esa situación social que calificamos como problema público. Por ejemplo, la política de salud idealmente debería ser, un conjunto estructurado y coherente de programas en donde las distintas acciones se aproximen a componentes específicos del problema mayor denominado mortalidad materna (Aguilar, 2009 pp. 5).

Los programas, al igual que las políticas públicas, son acciones concretas, intencionales y causales, dirigidas a realizar objetivos que desagregan los objetivos mayores y más complejos que integran una política pública (Aguilar, 2009, pp. 6). De tal manera, que los programas son los instrumentos que el gobierno propone para dar solución a un problema público. Si tomamos como premisa que los problemas públicos son complejos y multidimensionales, la coherencia en este nivel existe cuando distintos instrumentos de política inmersos en el mismo espacio de política, cada uno de manera diferente, atienden

una dimensión del problema público, e idealmente aportan a la solución de un mismo problema público (Cejudo y Michel, 2016).

Por lo que el foco de análisis reside en la unión, complementariedad y “sinergia” que existe entre los instrumentos de todas las políticas dentro de un mismo espacio, para alcanzar el objetivo general del espacio de política en el que coexisten (Cejudo y Michel, 2016).<sup>4</sup> De tal manera que se asegure transversalidad de las acciones y con ello minimizar la reiterada inconexión e incoherencia entre los programas de una política pública (Aguilar, 2009).

Puede haber un conjunto de políticas que por separado cumplan su propósito, pero que la falta de coherencia entre los instrumentos que la componen neutralice la posibilidad de resolver problemas públicos amplios. Debido a acciones redundantes, inconexas y contradictorias (Aguilar, 2009; Cejudo y Michel, 2016). Lo cual, tiene como resultado mal desempeño de una política (Aguilar, 2009), pérdida de la eficacia de la política y éxito parcial de la misma (Cejudo y Michel, 2016). La razón por la cual, existe poca coherencia en las políticas más allá del nivel de análisis del que se estudie la política también tiene que ver con la cantidad de entidades involucradas en la solución del problema que se busca atender, lo anterior, porque un mayor número de actores involucrados implica una alta transferencia de información, donde por lo general no existen las capacidades institucionales suficientes y es complicado que una entidad sepa lo que la otra está haciendo (Peters, 1998 en Stead, 2008). Sin embargo, un grado de incoherencia algunas veces es inevitable, pero los balances deben de ser transparentes y se deben de tomar medidas apropiadas para mitigar los impactos negativos que una política genere sobre otra (Blouin, 2007).

### **I.III Reglas institucionales y la coherencia externa**

Como mencioné en el apartado anterior, la coherencia externa que es el foco de análisis de este trabajo se refiere a la relación no conflictiva que debiera de existir entre políticas que

---

<sup>4</sup> “Un supuesto importante en este nivel es que cada una de las políticas tiene coherencia interna, pues se asume que cada una atiende un problema público concreto, cuya solución implica la solución parcial del problema público amplio que busca atender el espacio de política donde existen.” (Cejudo y Michel, 2016).

pertenecen al mismo espacio de política y por lo tanto comparten objetivos generales y específicos.

La relación entre coherencia y reglas institucionales puede atribuirse al hecho de que las políticas públicas son la respuesta del Estado a los problemas públicos, sin embargo, existe un problema de fragmentación entre las acciones que pone en marcha el gobierno para atender dichos problemas, el cual, por regla general se ha tratado de resolver con la creación de estructuras y procesos que buscan articular las reglas para una mejor toma de decisiones (Cejudo y Michel, 2015). En teoría, los distintos componentes de una política deben de corresponderse por el hecho de que comparten un conjunto de ideas y objetivos (May *et al.*, 2006). De esta manera, las reglas institucionales en el tema de la coherencia toman relevancia al tratar de responder la pregunta ¿en dónde son tomadas las decisiones que fomentan o perjudican la coherencia externa entre políticas?

El problema de muchas políticas públicas se debe a la amplia variedad de actores involucrados tanto a nivel de la política como entre las políticas, en este último caso se puede asegurar que muchas veces no comparten intereses ni objetivos. Lo cual, dificulta que haya cualquier grado de coherencia. Porque no hay intereses comunes (May *et al.*, 2006). Aunque, también existen barreras institucionales que tienen efecto en la coherencia en las políticas (Stead, 2008).

Según Stead (2008), la primera barrera institucional que se debe estudiar tiene que ver con el desarrollo de políticas o programas de manera aislada lo que tiene como efecto una menor integración y por ende coherencia, tanto la rendición de cuentas como el cálculo de los efectos de la política por lo general, se realizan dentro de la secretaría o la institución que está buscando resolver el problema público desde su ámbito. La segunda barrera tiene que ver con las redes formales y la influencia que hay entre los distintos actores involucrados en las políticas de diversos espacios de política. Sin embargo, para lograr un mejor desempeño entre los distintos espacios de política se debe de perfeccionar el logro de los objetivos compartidos y favorecer el entendimiento entre los efectos de las políticas en otros dominios de política (Stead, 2008).

Según Kapstein (2006) la coherencia en las políticas implica reforma y cambio en las instituciones. A fin de tener políticas de estado muy alineadas, se tienen que llevar a cabo

reformas en las áreas sustantivas de políticas. Además de construir nuevos mecanismos institucionales para promover la coordinación.

De esta manera, para que haya coherencia, los mecanismos institucionales deben de ser creados para garantizar colaboración entre las organizaciones. Dichos mecanismos pueden tomar muchas formas y pueden ser más o menos formales en naturaleza. Existen mecanismos institucionales que tienen como objetivo crear incentivos para la colaboración, y con el paso del tiempo, crear confianza entre actores que no solían trabajar juntos. Un ejemplo de ello, es en Tailandia entre 1995 y 1996, donde el ministro de comercio internacional era el único actor encargado de la agenda de compra-venta de fármacos, pero en 1997 la situación cambió y más actores interesados tuvieron parte dentro de la agenda: académicos, sector privado y sociedad civil. Las reuniones derivadas de esto resultaron en un mejor entendimiento entre los actores interesados, y el comercio de medicamentos respondió mejor ante una demanda multifacética. Lo cual, aseguró la coherencia entre dos políticas de espacios muy distintos, la política de comercio exterior, en cuanto a medicamentos, y la política sanitaria en cuanto a la regulación de la venta de medicamentos extranjeros (Blouin, 2007).

## CAPÍTULO II

### **La práctica de la cesárea y los congresos nacionales de ginecología y obstetricia**

En esta investigación el análisis de coherencia está enfocado en el grado de coherencia que existe entre acciones dentro de dos políticas públicas que pertenecen a un mismo espacio o área de política; sector salud. En primera instancia, la mayoría de los estudios sobre coherencia versan sobre la coherencia interna, es decir, sobre la teoría causal de la política, lo que ha llevado a que se deje de lado el análisis de la coherencia entre políticas (Cejudo y Michel, 2016). En segunda instancia porque el problema que analizo, la alta tasa de cesáreas en México tiene varias explicaciones de las cuales intentaré atender únicamente aquella relacionada con la falta de coherencia entre políticas que pertenecen al espacio del sector salud. Cada una de estas acciones, en el marco de su propia política cumplen con su propósito, pero la falta de coherencia entre sus instrumentos genera un efecto adverso en la atención al problema (Cejudo y Michel, 2016). El análisis de política que pretendo realizar es sobre dos aspectos dentro del sector salud orientados a mejorar las condiciones de salud y bienestar de los mexicanos, cuyos objetivos intermedios son distintos, uno sobre la salud materna y perinatal, y otro sobre la capacitación médica. No obstante, en los hechos, ambas se relacionan manteniendo constante el elevado uso innecesario de cesáreas en México.

#### **II.I La práctica de la cesárea**

La Secretaría de Salud (2002) define a la cesárea como la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer al producto de la concepción a través de una incisión en la pared uterina. Una operación de tipo cesárea solo se debe llevar a cabo cuando un parto vaginal no es posible o cuando el médico identifique un riesgo materno (placenta previa, hemorragia, eclampsia, estrechez pelviana, distocia de cuello uterino, patologías crónico degenerativas y/o enfermedad infectocontagiosa); o del producto (sufrimiento fetal agudo, embarazo múltiple, anomalías fetales, retraso del crecimiento uterino); o de los dos (hemorragia durante el embarazo o el parto y desproporción cefalopélvica) (González *et al.*, b, 2011).

La práctica de la cesárea es uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea por el impacto que ha tenido en la disminución de la

morbimortalidad materna y perinatal (OMS, 2015; Secretaría de Salud, 2002). El problema surge cuando su práctica se convierte en una rutina que sustituye el nacimiento natural a través de parto vaginal (González *et al.*, 2011, b.; ENSANUT, 2012) sin tomar en cuenta los riesgos quirúrgicos y anestésicos que conlleva una cirugía de este tipo (Secretaría de Salud, 2002). Según indicaciones médicas, no todas las cesáreas son del mismo tipo. Hay cesáreas urgentes que se llevan a cabo para resolver o prevenir complicaciones maternas o fetales en etapa crítica. Por otro lado, están las cesáreas electivas, es decir, las que son programadas para realizarse en una fecha específica antes de que se inicie el proceso de parto (Secretaría de Salud, 2002).

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la tasa de cesáreas ideal oscila entre el 10% y 15% del total de partos (OMS, 2015). En un estudio realizado por Beltrán *et al.*, (2016) sobre la tendencia de la tasa de cesáreas a través de los años<sup>5</sup>, muestran que en 2014 el 18.6% del total de nacimientos a nivel mundial fueron a través de cesáreas, con una variación de entre 6% y 27% entre los países más y menos desarrollados respectivamente. En América Latina y el Caribe, el 40.5% de los nacimientos son a través de cesáreas, por lo que es la región con mayor tasa de cesáreas a nivel mundial, después por Norteamérica con una tasa de cesáreas de 32.3%. Según datos del INEGI (2017) en México, entre enero de 2009 y septiembre de 2014, en promedio el 46.2% de los partos atendidos fueron por cesárea, lo que coloca a este país por encima del promedio mundial, y muy por encima de la recomendación que emite la OMS. De las entidades federativas, el estado de Yucatán fue el que presentó el porcentaje más alto de dicho procedimiento (58.1%) mientras que Chiapas fue el más bajo (29.9%). Entre entidades federativas la tasa de cesáreas es muy variable, pero se puede apreciar que tanto en el sector público como privado existe un patrón de comportamiento asociado a un determinado nivel de desarrollo económico y social. Las tasas de cesáreas más bajas se encuentran en los estados con mayor grado de marginación y las más altas en los estados con mayor desarrollo (González Pérez *et al.*, 2011b).

El problema de la preferencia por las cesáreas es multicausal, no solo depende de razones inherentes a la salud, también influyen factores sociales, demográficos, propios de la práctica médica y la organización de los servicios de salud (González *et al.*, 2011b).

---

<sup>5</sup> Estudio realizado con datos de 1990 a 2014

Estudios previos sobre el caso mexicano no encuentran evidencias de índole gineco-obstétrica que justifiquen el incremento de la tasa de cesáreas (González *et al.*, 2011a). Como se mencionó anteriormente, no existe una sola causa, pero la más recurrente es la rentabilidad del parto. Por ejemplo, en el sector privado, la mayoría de los hospitales encuentran más rentable una cesárea, en primer lugar, porque los médicos pueden atender más partos si éstos son programados y rápidos; por los ingresos económicos que supone para el hospital, como por ejemplo el uso de un quirófano, más días de hospitalización, el uso de medicamentos, entre otros (*El Universal*, 2017). En México, en el sector público, es más económico realizar partos naturales que cesáreas, pero en cuestión de rapidez y eficiencia, es mejor una cesárea. “Muchas veces no hay camas, ni médicos suficientes” explica Karen Luna investigadora jurídica del Grupo de Información en Reproducción Elegida.

El carácter socioeconómico de la práctica de la cesárea tiene que ver con la capacidad de decisión de las mujeres, aún sin contar con la información suficiente, sobre el tipo de parto que quieren, cesárea o natural, específicamente en el sector privado declaró Liliana Martínez Peñafiel, Directora de Atención a la salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (*The New York Times América Latina*, 2017). En México, las mujeres que tienen una mayor probabilidad de ser sometidas a cesáreas son las que pertenecen a los estratos económicos más altos, las que cuentan y se atienden en servicios de salud privados, las que tienen niveles de educación más altos, las que viven en zonas metropolitanas, las primerizas y las que son mayores de 35 años (*The New York Times América Latina*, 2017).

Del lado de la oferta de los servicios de salud, algunos estudios (Hueston 1984; Burns, 1995) han encontrado una relación positiva entre la calificación médica y el parto por cesárea. La probabilidad aumenta si la atención prenatal ha sido brindada por un especialista (obstetra), y si es un obstetra el que atiende el parto. También, sobre la relación entre la categoría académica del médico y el parto por cesárea (Tussing 1993). Si es un residente quien atiende el parto es más probable que sea por cesárea, lo que lleva a que los hospitales donde se realizan residencias médicas de obstetricia tengan mayores tasas de cesárea. Esto porque los médicos residentes no han recibido adiestramiento o no poseen las técnicas suficientes sobre el manejo de un parto vaginal y sus posibles complicaciones En cuestiones

como el horario y los días de la semana en que se realiza el parto, en un estudio realizado en el IMSS de Colima se identificó que la mayoría de las cesáreas se realizaban en el turno vespertino. Realizar una cesárea también da la oportunidad al médico de organizar mejor su agenda (González *et al.*, 2011a).

En cuanto a las desventajas de la cesárea sobre el parto natural, podemos clasificarlas en dos grupos, las inherentes al sistema de salud (costos) y las relacionadas con efectos secundarios en las pacientes. Para el sector público la práctica de la cesárea se traduce en pérdidas económicas. En 2011 la COFEMER reportó que México podía ahorrarse cerca de 12, 000 millones de pesos de 2011 a 2015 si se sustituyeran las cesáreas excedentes por partos naturales. Para el sector privado son ganancias, en promedio una cesárea cuesta 50% más que un parto vaginal (Beadé y García, 2016). Las cesáreas cuestan más que los partos naturales, y por lo tanto el marcado incremento de la tasa de cesáreas tiene una importante repercusión económica en el área de la salud: implica una derrama de dinero, recursos públicos que podrían ser encauzados a buscar soluciones a otros problemas de salud.<sup>6</sup>

En cuanto a gastos administrativos, estancia hospitalaria y costo día cama, entre el grupo de cesárea y parto natural, se encontró que los gastos administrativos para ambos en el sector público son \$656.445 pesos, la estancia hospitalaria promedio cuando hubo cesárea es de 2.7 días, mientras que para las mujeres de parto natural es de 1.3 días. En cuanto al costo día cama promedio para las de cesárea es de \$1,772.40 y para las de parto natural \$853.38 (González *et al.*, 2011b).

Como muestran los párrafos anteriores, la literatura en México sobre la práctica de la cesárea tiene que ver con factores relacionados directamente a la oferta y demanda de los servicios de salud. Por una parte, se encuentran las características sociales y económicas de las mujeres que deciden experimentar una cesárea; por otra parte, la calidad y cantidad de los servicios de salud; así como las decisiones médicas de inducir la mayor parte de nacimientos

---

<sup>6</sup> Los resultados de este trabajo se presentan por consumo de insumos, como material de curación, material desechable, el tiempo empleado por el personal en sus diferentes categorías, los exámenes de laboratorio y gabinete que fueron solicitados tanto en el pre como en el postoperatorio y posparto, según el caso, los medicamentos consumidos en los diferentes procesos durante la estadía de la paciente, la ropa utilizada, los uniformes quirúrgicos y bultos de ropa para la atención, campos para el equipo de bloqueo y las soluciones utilizadas, con el fin de poder facilitar la identificación de los costos totales y unitarios de parto vaginal y la cesárea.

por cesárea por obtener mayores ingresos económicos y por la rapidez con que este procedimiento se realiza. Sin embargo, esta investigación pretende analizar el fenómeno desde una aproximación de coherencia entre políticas. De manera independiente y en paralelo a otras causales ya señaladas sobre la utilización de las cesáreas, aquí sostengo que la práctica excesiva de la cesárea en México, puede estar siendo ocasionada en parte por la incoherencia que existe entre dos acciones de política que el mismo Estado realiza; cada una coherente en el marco de su propia lógica, pero que al no valorar la relación entre ellas, el impacto neto de estas dos acciones podría estar evitando la disminución del uso innecesario de la cesáreas en México. Las dos acciones en particular que sostengo pueden entrar en contradicción son la realización de congresos médicos que forman parte de la política de capacitación médica, y la práctica en la utilización de cesárea como método para que concluye el embarazo, el cual forma parte de la política de salud materna y perinatal.

## **II.II La realización de congresos médicos de ginecología y obstetricia en México**

Podemos entender la realización de congresos médicos como políticas públicas de la siguiente manera: el Estado reconoce que existe un problema público de asimetría de información y falta de regulación del ejercicio de la medicina, al desconocer la cantidad y calidad (del conocimiento), de los médicos especialistas en el país. La exigencia de una certificación y recertificación médica a los médicos especialistas surge como una solución. La cual, puede obtenerse de diversas maneras, una de ellas, con asistencia a congresos médicos. Antes de que la certificación se estipulara como obligatoria; la obtención del título de especialidad especialista era suficiente para ejercer como especialista, sin una obligación de mantener actualizado el conocimiento y las prácticas médicas. Asimismo, cualquier médico podía ejercer actividades como especialista con el solo hecho de cursar diplomados o maestrías sobre algún tema relacionado a una especialidad médica sin contar con la preparación médica (práctica y de conocimiento) que un médico especialista recibe durante la residencia médica.

En el caso de la especialidad médica de Ginecología y Obstetricia, la certificación tiene el objetivo de demostrar que el especialista cuenta y mantiene la competencia para el ejercicio profesional; por ello pretende examinar y registrar la actualización y aprendizaje personal del médico especialista a través de distintas actividades.

En México, la certificación médica se hizo obligatoria el 01 de septiembre de 2011 modificaciones a la Ley General de Salud, específicamente al artículo 272 Bis, el cual señala que, *“para la realización de cualquier procedimiento quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan además de contar con una cédula que acredite la especialidad, deben de contar con un certificado vigente de especialista que acredite la capacidad y la experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia. El cual deberá ser expedido por el Consejo de la especialidad, estipulado en el artículo 81 de la misma Ley.”*

En México, el organismo encargado de expedir los certificados médicos a especialistas en Ginecología y Obstetricia, así como sus derivados, es el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia (CMGO), A.C. y cuenta con la declaratoria de idoneidad<sup>7</sup> del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) A.C.<sup>8</sup> <sup>9</sup>El CONACEM tiene el objetivo de vigilar que los Consejos Médicos cumplan con la responsabilidad de discernir quiénes son los especialistas que se han preparado formalmente y cuentan con las facultados y conocimientos necesarios y actualizados para ejercer su profesión. El objetivo del CMGO es *“certificar la competencia que tienen los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia y en las especialidades que de ella derivan, verificar periódicamente su vigencia y extender las constancias respectivas”*.

El proceso de certificación en la especialidad de Ginecología y Obstetricia consiste en tramitar la certificación por primera vez, los médicos especialistas deben de postularse para realizar un examen de conocimientos generales y casos clínicos de su especialidad. Una vez recibida la certificación, ésta tiene una vigencia de 5 años. Posteriormente, para mantener

---

<sup>7</sup> Se refiere al certificado de reconocimiento de idoneidad, el cual consiste en un documento físico expedido por el presidente y el secretario del CONACEM a favor de los consejos que acrediten su capacidad y aptitud suficiente para la certificación de los médicos especialistas respectivos.

<sup>8</sup> Actualmente el CONACEM es quien tiene las facultades éticas, jurídicas, normativas, transparentes y profesionales para certificar a los Consejos Médicos. Se fundó en 1995 como resultado de la aparición de 47 Consejos avalados por la Academia Nacional de Medicina, y creciente necesidad de tener un organismo que funja como vigilante y regulador.

<sup>9</sup> El Congreso de la Unión en Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de septiembre de 2011 dispuso que el CONACEM fuese organismo auxiliar de la Administración Pública Federal y que los consejos con declaratoria de idoneidad quedaran facultados para expedir certificados de especialidad, en su correspondiente rama. La Ley General de Salud adiciona el propósito del CONACEM otorgándole una facultad supervisora sobre la certificación y recertificación en las diferentes especialidades de la medicina. Adicionalmente, la Ley dispuso que para la expedición de la cédula del médico especialista las autoridades educativas competentes le solicitaran su opinión.

la vigencia los médicos cuentan con la obligación de llevar a cabo el proceso de recertificación y presentar la documentación que acredite su actualización y desarrollo de vida profesional. La recertificación puede llevarse a cabo de dos maneras: por puntaje<sup>10</sup> y por realización de examen de vigencia.<sup>11 12</sup>

Durante el primer año de caducidad de la vigencia se requiere un total de 250 puntos para la recertificación, en el segundo año 300 puntos y al tercer año 350. Únicamente es tomado en cuenta el puntaje obtenido en los últimos cinco años. Los médicos se ven casi obligados a obtener/mantener la certificación por puntaje, ya que el costo de rechazar esta opción es más alto dado que las certificaciones posteriores tendrían que ser siempre por examen. Cuando un médico opta por mantener su certificación directamente por examen de vigencia y logra aprobarlo, posteriormente no podrá optar por este mecanismo, y su vigencia de certificación dependerá únicamente del puntaje.

Para la certificación por puntaje, el CMGO cuenta con un listado del tipo de actividades y el número de puntos que otorgan. El listado consta de cinco capítulos, cada uno con una lista detallada del tipo de actividad que enmarca. Para fines de esta investigación, únicamente haré énfasis en el capítulo tercero porque aquí se encuentra la información sobre asistencia a congresos.

---

<sup>10</sup> En casos donde la caducidad de vigencia sea mayor a 3 años, la única opción de recertificación será a través del examen de vigencia.

<sup>11</sup> La última opción, únicamente es elegible cuando el médico especialista no reúne el puntaje requerido, o excede el tiempo máximo de caducidad de vigencia.

Tabla 1: Congresos en Ginecología y Obstetricia. Tipos, actividades y puntaje que otorgan.

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Puntaje</i>
<i>Capítulo 3. Actividades de educación médica continua (asistencia a sesiones, cursos, talleres, diplomados, congresos, etc.)</i>	
<i>Congreso Nacional</i>	Precongreso 6 puntos x evento Trans congreso 8 puntos x evento Taller 6 puntos x evento Asistencia 18 puntos x evento
<i>Congreso Regional</i>	Precongreso 6 puntos x evento Trans congreso 7 puntos x evento Taller 5 puntos x evento Asistencia 12 puntos x evento
<i>Congreso Estatal</i>	Precongreso 4 puntos x evento Trans congreso 4 puntos x evento Taller 5 puntos x evento Asistencia de dos días 7 puntos x evento Asistencia de tres días 10 puntos x evento
<i>Congreso mundial</i>	Precongreso 4 puntos x evento Trans congreso 4 puntos x evento Taller 5 puntos x evento Asistencia 12 puntos x evento

Fuente: Elaboración propia con datos de la CMGO.

De tal manera, los congresos médicos surgen como una necesidad de mantener actualizados y en vanguardia a todos los médicos en general. La importancia de los congresos en la vida profesional de los médicos recae en su valor para poder mantener una certificación vigente por parte de los Consejos de Especialidades Médicas. En el ámbito de la medicina ginecológica y obstétrica, los congresos son actividades coordinadas y organizadas por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) A.C. La cual está compuesta por 75 colegios y asociaciones, distribuidas en siete regiones en el país y compuesta por más de 5000 miembros. Las invitaciones a los congresos nacionales son abiertas a todos los interesados en el país, y los regionales dirigidas a los interesados de cada estado componente de la región. Por lo general, los congresos tanto nacionales como

regionales, tienen una periodicidad anual, y el lugar (estado y municipio) de realización es cambiante.

Contar con certificación vigente es una obligación del médico especialista en Ginecología y Obstetricia, según lo estipula la Ley General de Salud. Se puede tener una certificación sin estar afiliado a un colegio o asociación de la especialidad. La vigencia de la certificación, en gran medida, puede lograrse a través de la asistencia a congresos médicos tanto nacionales, regionales, estatales y mundiales; porque otorgan puntaje. Se puede asistir a un congreso del tipo que sea sin estar afiliado a un colegio o asociación de la especialidad. Por lo tanto, la certificación y sobre todo su vigencia no dependen de si se pertenece o no a un colegio o asociación de especialistas en Ginecología y Obstetricia. Depende, en gran medida, de la asistencia/participación en congresos. De tal manera que, si todos los especialistas en Ginecología y Obstetricia deben tener una certificación vigente, tienen un gran incentivo de para asistir a los congresos médicos de su especialidad, con la finalidad de obtener puntaje que ayude a mantener una certificación vigente.

El otorgamiento de la certificación médica por parte del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) A.C. y los Consejos Médicos de Especialidades soluciona dos graves problemas dentro del ejercicio de la medicina; asimetría en la información y falta de regulación; asimismo, coadyuva con el objetivo de todo gobierno de proteger el derecho a la salud de las personas (Wolpert, 2017). La certificación médica garantiza el pleno conocimiento sobre la cantidad y calidad de médicos especialistas que ejercen su profesión en el país. La certificación funge como auxiliar para las autoridades administrativas de tener mayor certeza sobre la profesionalización de los médicos que llevan a cabo procedimientos quirúrgicos de especialidad, así como de su capacidad y pericia (Wolpert, 2017).

## CAPÍTULO III

### Diseño de la investigación

#### III.I Metodología

El objetivo de esta investigación es encontrar si existe una relación entre la práctica de la cesárea y las fechas en que se realizan los congresos médicos de ginecología y obstetricia. De encontrar esta relación, en términos teóricos, estaríamos hablando de dos cursos de acción que el Estado dispone para resolver problemas públicos pero que se contraponen entre sí. Lo que permite identificar, de manera más general, un problema de coherencia. Para esto Wooldridge (2009, p. 68) propone un análisis de regresión múltiple como el más acertado y útil para explicar la variación de  $y$  en función de diversas variables explicativas cuando todo lo demás *ceteris paribus*, porque permite controlar de manera explícita muchos otros factores que afectan simultáneamente a la variable dependiente. Asimismo, este tipo de análisis es relevante cuando hay que apoyarse en datos no experimentales. Wooldridge (2009) expresa el modelo de regresión simple de la siguiente manera:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 \dots + \beta_k x_k + u$$

Donde:

$\beta_0$  es el intercepto

$\beta_1$  mide el cambio en  $y$  respecto a  $x_1$ , manteniendo constantes todos los demás factores.

$\beta_2$  mide el cambio en  $y$  respecto a  $x_2$ , manteniendo constantes todos los demás factores.

$\beta_k$  mide el cambio en  $y$  respecto a  $x_k$ , manteniendo constantes todos los demás factores.

$u^{13}$  término de error o perturbación

---

<sup>13</sup> Contiene los demás factores distintos de  $x_1, x_2, x_k$  que afectan a  $y$ .

### **III.II Datos**

Los datos utilizados para realizar este análisis corresponden a los nacimientos por cesárea y congresos nacionales para médicos especialistas en ginecología y obstetricia en México. Los datos provienen de dos fuentes. La información sobre los nacimientos por cesárea se obtuvo de la base de datos sobre los Certificados de Nacimiento de la Secretaría de Salud (SSA) y las fechas de los congresos corresponden a los organizados anualmente a nivel nacional por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG).

El motivo por el cual se utilizó la base de datos sobre los registros de nacimiento de la SSA como fuente principal para el cálculo de la tasa de cesáreas tiene que ver con que en dichos registros se cuenta con información exacta sobre el momento (día, mes, año y hora) y lugar (estado, municipio, localidad) de ocurrencia del evento. Durante la búsqueda de esta última información, encontré que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) a través de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) provee información sobre el porcentaje de partos que son atendidos por cesárea pero al ser una encuesta especial tiene un periodo de levantamiento variable por lo que no podrían hacerse las inferencias adecuadas sobre el comportamiento de la tasa de cesáreas a través del tiempo.

La información sobre los congresos médicos en Ginecología y Obstetricia corresponde a los congresos nacionales coordinados y organizados por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) A.C. Es importante mencionar, que en México se celebran otro tipo de congresos regionales y estatales. Pero esta información no forma parte del estudio por varias razones; la principal tiene que ver con la asistencia. En los congresos nacionales puede asistir todo médico especialista en Ginecología y Obstetricia y sus derivados, a los congresos regionales o estatales, solo pueden acudir los médicos que corresponden a ese territorio. La segunda razón tiene que ver con la disponibilidad de la información. Las fechas y lugares donde se han llevado a cabo los congresos regionales o estatales durante el periodo de tiempo de análisis, no está disponible para todas las regiones, a diferencia de los congresos nacionales de los que se tiene información precisa sobre fecha y lugar del evento. Cabe mencionar, nuevamente, que la asistencia y participación en los congresos médicos de Ginecología y Obstetricia, son un medio necesario para que un médico especialista en esta área pueda mantener una

certificación vigente. Ya que las distintas actividades enmarcadas en los congresos otorgan un puntaje que es necesario al momento de tramitar una “recertificación” ante el Colegio Mexicano de Obstetricia y Ginecología (CMGO) A.C.

### **III.II.I Variable dependiente**

La variable dependiente de este estudio es la tasa de cesáreas. La base de datos de los certificados de nacimiento de la SSA contiene bastante información sobre la ocurrencia del suceso, sin embargo, para fines de este estudio únicamente utilicé los datos sobre el tipo de procedimiento bajo el cual ocurrió el nacimiento (cesárea, parto natural, otro tipo de procedimientos), el lugar donde se llevó a cabo (municipio y estado) y la fecha en que ocurrió el nacimiento (día, mes, año). La base de datos contiene información por cada nacimiento ocurrido de 2008 a 2015, por lo que fue necesario calcular el número de nacimientos por cesárea ocurridos por día a nivel estatal para el periodo de tiempo antes mencionado; después con información poblacional sobre la cantidad de mujeres en edad reproductiva en cada estado, calculé la tasa de cesáreas de la siguiente manera:

$$tasa\ de\ cesáreas_{i,j} = \left( \frac{\# de\ nacimientos\ por\ cesárea_{i,j}}{\# mujeres\ en\ edad\ reproductiva_{i,j}} \right) * 100,000\ mujeres$$

Donde  $i$  corresponde a la fecha y  $j$  al estado de ocurrencia del nacimiento. Lo cual resulta en una variable continua para poder realizar la estimación por MCO.

### **III.II.II Variables independientes**

La hipótesis central de este estudio dice que la asistencia por parte del personal médico, en este caso los médicos especialistas en ginecología y obstetricia, influye de manera importante en el comportamiento de la tasa de cesáreas. En los días previos al inicio del congreso, es de esperarse que las tasas de cesáreas aumenten porque durante la fecha del congreso no habrá el personal necesario para atender partos, por lo que los médicos se ven en la necesidad de planear los nacimientos programados para las fechas del congreso, días antes. Durante los días del congreso es de esperarse que la tasa de cesáreas disminuya porque los médicos especialistas por asistir a dicho congreso no podrían realizar dicho procedimiento. Y es de esperarse que en los días posteriores al congreso la tasa de cesáreas retorne a niveles

“normales” como en los días donde no hay congreso. Para poder evaluar esto, se cuenta con información precisa de las fechas de los congresos nacionales de ginecología y obstetricia. Con lo cual se pudieron elaborar las siguientes variables:

Días del congreso, vector de variables dicotómicas donde 1 corresponde a los días en que ocurrió cada congreso, el valor se asigna tanto para las observaciones de los estados sede como de los estados participantes. El valor de 0 es para las observaciones de los días que no corresponden a la fecha del congreso. En promedio en todos los años los congresos tienen una duración de 5 días.

Días antes del congreso, vector de variables dicotómicas donde 1 corresponde a los 5 días previos de cada congreso anual<sup>14</sup>, el valor se asigna tanto para las observaciones de los estados sede como de los estados participantes. El valor de 0 es para las observaciones de los días que no cumplen con la condición de 5 días antes de la fecha del congreso.

Días después del congreso, vector de dicotómicas donde 1 corresponde a los 5 días después de que finaliza cada congreso anual, el valor se asigna tanto para las observaciones de los estados sede como de los estados participantes. El valor de 0 es para las observaciones de los días que no cumplen con la condición de 5 días después de la fecha del congreso.

Congreso nacional, variable categórica. El valor de 1 corresponde a los días del congreso, 2 a los días antes del congreso y 3 a los días después del congreso. En general, los congresos tienen una duración de 5 días, por lo que los días antes y después del congreso también son 5 días respectivamente. Con esta variable se pondrá a prueba la hipótesis de que los congresos tienen un impacto positivo en el aumento de la tasa de cesáreas.

Sede del congreso es una variable dicotómica que identifica por año al estado sede del congreso. Se asignó valor de 1 al estado que es sede y 0 a los estados que solo participan como asistentes al congreso. La razón por la cual realicé la distinción entre los estados que son sede y no del congreso es porque quiero probar la hipótesis secundaria de que esta situación tiene un efecto magnificador en la tasa de cesáreas, específicamente días antes del

---

<sup>14</sup> Se consideró un intervalo de 5 días antes y 5 días después del congreso por razones de congruencia porque en todos los años de los que se tienen datos los congresos nacionales tuvieron una duración de 5 días.

congreso. Por razones de distancias y traslados, con mayor razón tienen que minimizar el riesgo de ocurrencia de un parto durante el tiempo que estén ausentes.

*Tabla 2. Estadística descriptiva y narrativa de variables independientes*

<i>Variable</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Descripción</i>
<i>Congreso nacional 2</i>	93,495	.3196748	1.783683	0	15	Identifica los días antes del congreso (1-5), durante el congreso (6-10) y después del congreso (11-15). Los días sin congreso (0)
<i>Sede</i>	93,495	.0311567	.1737421	0	1	Identifica las observaciones que pertenecieron a estados sede del congreso (1) y los que no fueron sede en ese momento (0)

### **VI.II.III Variables control**

Los controles dentro de este análisis corresponden a variables que contienen información sobre el año al que corresponde la observación; los días de la semana, de lunes a domingo, esto porque en análisis exploratorios previos de los datos se encontró un patrón interesante que mostraba que las cesáreas son practicadas con mayor frecuencia los días viernes, sábado y domingo. Asimismo, se incluyó el mes al que corresponde cada observación porque la estadística descriptiva de esta variable demuestra que los meses con mayor ocurrencia de cesáreas son de agosto a octubre, meses en los que se realizan la mayoría de los congresos nacionales. Por último, se agregó como control una variable que identifica si la observación pertenece a una específica entidad federativa.

Tabla 3. Estadística descriptiva y narrativa de variables control

<i>Variable</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Descripción</i>
<i>Año</i>	93,495	2011.499	2.291302	2008	2015	
<i>Días</i>	93,495	3.999711	1.998735	1	7	Domingo= 1
<i>Meses</i>	93,495	6.523461	3.448462	1	12	Enero=1
<i>Entidad</i>	93,495	16.5014	9.23249	1	32	Ags=1 ... Zac =32

Woldridge (2009) propone que el método de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) es el indicado para estimar los parámetros del modelo de regresión múltiple por lo que el modelo de esta investigación queda de la siguiente manera:

$$Tasa\ de\ cesáreas = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 \text{días antes del congreso} + \hat{\beta}_2 \text{ días del congreso} + \hat{\beta}_3 \text{días después del congreso} + \hat{\beta}_4 \text{ sede} + \hat{\lambda}_1 \text{año} + \hat{\lambda}_2 \text{ día de la semana} + \hat{\lambda}_3 \text{mes} + \hat{\lambda}_4 \text{identidad federativa}$$

## CAPÍTULO IV

### Resultados

¿La realización de los congresos médicos nacionales de Ginecología y Obstetricia tiene alguna relación con el comportamiento de la tasa de cesáreas en México? de todos los posibles factores relacionados a la tasa de cesáreas esta investigación se enfoca al factor de congresos médicos con la finalidad de demostrar la validez del argumento principal de la investigación: la práctica de la cesárea es un problema público de salud que se ve aumentado por la incoherencia entre dos políticas que coexisten en un mismo espacio y a pesar de que tienen objetivos diferentes, durante su implementación generan un impacto significativo en la práctica de la cesárea. Como mencioné anteriormente, las hipótesis que busco probar es que durante los días previos de los congresos la tasa de cesáreas aumenta debido a que los médicos programan nacimientos por cesárea para evitar que se den de manera natural durante los días que van a estar fuera en el congreso, esto con la finalidad de prever alguna complicación médica durante su ausencia. Una hipótesis secundaria que propongo es que para los estados que son sede de los congresos, el comportamiento de la tasa de cesáreas antes y durante el congreso es distinta por cuestiones de distancia y organización de tiempo.

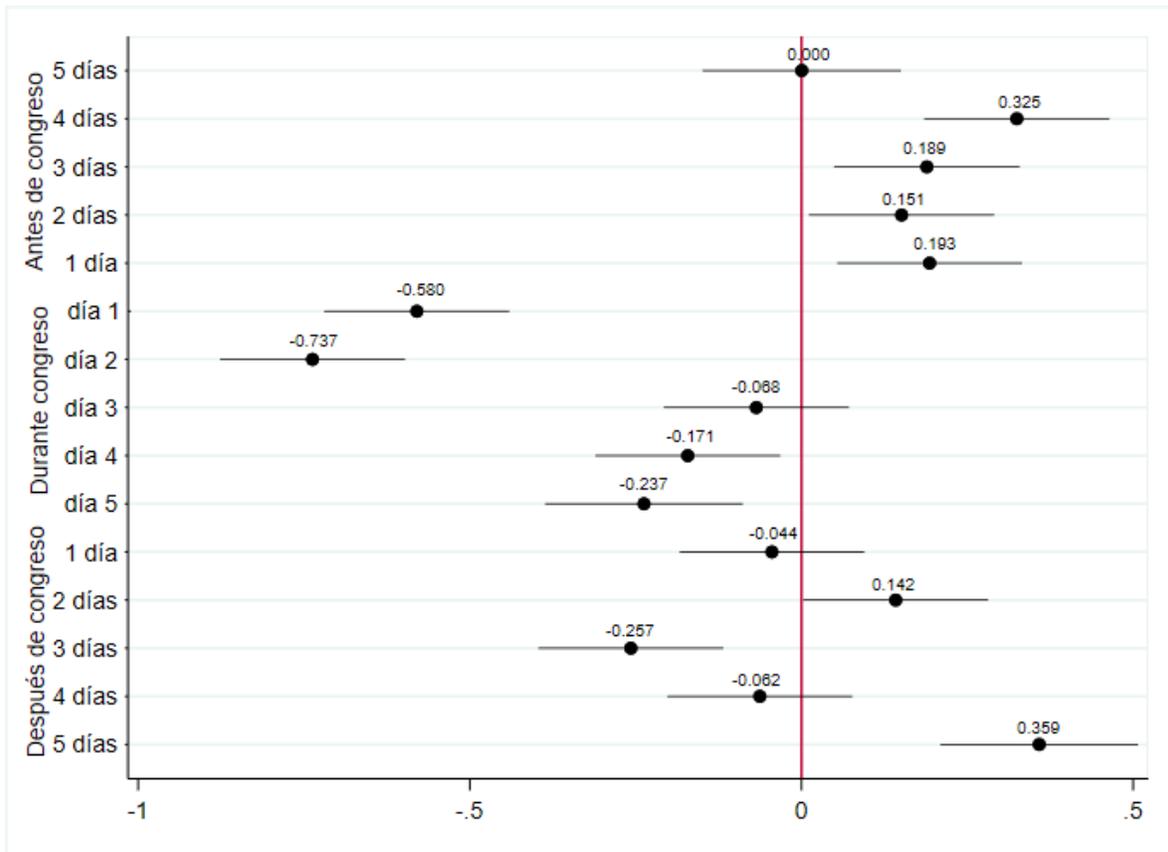
Los resultados de la regresión muestran que cuando se controla por día de la semana, mes, año y entidad federativa las variables relativas a los días previos al congreso médico se refleja un impacto positivo sobre la tasa de cesáreas, y son estadísticamente significativas al 1% y 5% a excepción del 5to día antes del congreso. El grupo base de esta estimación son los días que están fuera de las categorías cinco días antes del congreso, cinco días de congreso y cinco días después del congreso. Respecto a los días antes del congreso, al mantener constante todo lo demás, la tasa de cesáreas aumenta gradualmente. Cinco días antes la tasa aumenta 0.0458% respecto a los demás días, sin embargo, la estimación no es significativa. Al pasar a los cuatro días antes del congreso este efecto aumenta y es significativo, manteniendo constante todo lo demás, cuatro días antes del congreso la tasa de cesáreas aumenta 32.5%, para el tercer día aumenta 18.9%, para el segundo día 15.1% y un día antes 19.3%. Las estimaciones nos ayudan a confirmar que los congresos tienen un efecto positivo en el aumento de la tasa de cesáreas.

Durante los días de congreso, el impacto es negativo, es decir, que durante estos días la tasa de cesáreas disminuye, y una razón para esto podría ser por la asistencia de los médicos al evento, según lineamientos de la secretaría de salud, los especialistas en ginecología y obstetricia son los indicados para realizar este tipo de procedimiento. Las estimaciones para este bloque de días son significativas al 99% y 95% a excepción del tercer día de congreso.

Y sugieren que el primer día de congreso la tasa de cesáreas disminuye 58%, el segundo día disminuye 73.7%, el cuarto día 6.8% y el quinto día 23.7% en comparación con los días que están fuera de las categorías cinco días antes del congreso, cinco días de congreso y cinco días después del congreso. Lo anterior puede ayudar a sustentar que la cesárea como procedimiento quirúrgico es ejercida en su mayoría por los especialistas de esta área, así como los que están en formación.

Por su parte, las estimaciones relacionadas a los días después del congreso muestran un patrón distinto a los días antes y durante el congreso, en este bloque de días hay impactos tanto positivos (aumento) como negativos (disminución) en la tasa de cesáreas. Sin embargo, el impacto de algunas estimaciones carece de significancia, por ejemplo; el primer y cuarto día. El segundo día posterior al congreso es significativo al 95% y la tasa de cesáreas aumenta en 14.2% respecto a los días fuera del bloque de análisis. El tercer día es estadísticamente significativo e implica un aumento del 25.7% en la tasa de cesáreas; el quinto día también es estadísticamente significativo e implica un aumento de 35.9% en la tasa de cesáreas, respecto a la tasa de cesáreas de los días que están fuera del análisis. Lo anterior puede apreciarse mejor en la siguiente gráfica:

**Gráfica 1. Estimadores días antes, durante y después del congreso**



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la variable sede de congreso, encontré que es significativa al 99% e implica que el hecho de que un estado sea sede de un congreso nacional la tasa de cesáreas aumentará en 30.2% los días de análisis (en total 15) en comparación con los estados que no son sede. Sin embargo, con este hallazgo es difícil probar la veracidad de la hipótesis propuesta (que para los estados que son sede el comportamiento de la tasa de cesáreas antes y durante el congreso es distinta por cuestiones de distancia y organización de tiempo), por lo que es importante resaltar que esta hipótesis sea probada en una investigación futura.

Sobre las variables control año, se encontró que todos los años son significativos al 99%, en esta categoría el año base es 2008. Los controles relacionados a los meses del año, al igual fueron significativos al 95 y 99 por ciento, enero es el mes base por lo que los estimadores de este vector tienen que interpretarse en comparación con enero. Algo que cabe resaltar es que los meses durante los que los congresos son llevados a cabo agosto-noviembre,

el impacto de los estimadores de estos mismos meses es más alto en la tasa de cesáreas en comparación con los otros meses. Lo cual sustenta más el argumento principal de la investigación, que los congresos médicos como manera de capacitación y actualización del personal médico tiene un efecto aumentativo en la tasa de cesáreas, es decir que son políticas públicas que en efecto se contraponen.

En el vector días de la semana, todos son significativos al 99% y el día de comparación es el domingo, sin embargo, el patrón que aquí se encuentra con los estimadores es que el sábado es el día que tiene un menor impacto en la tasa de cesáreas en comparación con el domingo.

El vector de entidades federativas se incorporó dentro de la ecuación de manera desglosada porque si no se hacía de tal manera, las variables independientes días antes, durante y después del congreso perdían gran parte de significancia. Sin embargo, se encuentra que todos los estados son significativos al 95 y 99 por ciento. En la siguiente tabla se encuentran los valores estimados para cada una de las variables dependientes y se especifica el uso de controles. En el apartado de Anexos se encuentra la tabla completa.

*Tabla 4. Especificaciones de regresión por Mínimos Cuadrados Ordinarios*

Variable	Modelo 1 Todas variables y categorías
<i>Antes de congreso</i>	
5 días	0.000458 (0.0763)
4 días	0.325*** (0.0713)
3 días	0.189*** (0.0714)
2 días	0.151** (0.0713)
1 día	0.193*** (0.0711)
<i>De congreso</i>	
1er día	-0.580*** (0.0712)
2do día	-0.737*** (0.0712)
3er día	-0.0680 (0.0712)
4to día	-0.171** (0.0712)

5to día	-0.237*** (0.0761)
<i>Después de congreso</i>	
1er día	-0.0444 (0.0710)
2do día	0.142** (0.0711)
3er día	-0.257*** (0.0711)
4to día	-0.0627 (0.0711)
5to día	0.359*** (0.0761)
Sede congreso	0.302*** (0.0223)
Años	Sí
Meses	Sí
Días semana	Sí
Entidades federativas	Sí
Constante	3.611*** (0.0275)
N	93,495
R-cuadrada	0.864

Errores estándar entre paréntesis. Coeficientes significativos al \*\*\* 1%, \*\* 5%, \* 10%  
Categorías referencia entidad federativa Aguascalientes.

## CAPÍTULO V

### Discusión

En teoría las políticas públicas son acciones de gobierno encaminadas a dar solución a problemas públicos, sin embargo, en la práctica nos encontramos con que gran parte de estas acciones se contraponen y tienen resultados no esperados (Cejudo y Michel, 2016; Howlett y Rayner, 2007). Una razón de esto es que durante el proceso de elaboración de una política pública gran parte del esfuerzo está encaminado en que la política sea armoniosa respecto a la teoría que da origen (Cejudo y Michel, 2016), los procesos y las estructuras (Pollit, 2003; Christensen y Laegreid, 2008; Peters, 2004 y 2015 en Cejudo y Michel, 2015); y se deja fuera un análisis que tome en cuenta la manera en que la política entrará y formará parte de un grupo de políticas (Cejudo y Michel, 2016). La práctica de la cesárea puede ser multifactorial. Pero como se demostró en este estudio existe una relación entre dos políticas que pareciera que no tienen relación una con la otra pero que al final una de ellas, la capacitación médica, repercute en el logro de la disminución de la práctica de la cesárea en México.

Los resultados del capítulo anterior sugieren que un factor importante para explicar la tasa de cesáreas son los congresos nacionales de Médicos en Ginecología y Obstetricia. Primero, en los días previos a los congresos se encontró que parte del aumento de la tasa de cesáreas en gran porcentaje está relacionado a que los médicos tienen que asistir al congreso. Lo cual nos permite inferir que, dado que tienen que salir de sus áreas de trabajo y trasladarse al congreso, los médicos se ven “forzados” a atender el mayor número de nacimientos posibles para que durante su ausencia no exista complicación alguna. Esto puede ser más evidente en la práctica privada, solo en este sector donde se da la opción de que la mujer elija el tipo de nacimiento que desea experimentar y es vulnerable a ser más influenciado a que se realice una cesárea aun cuando esta no es necesaria, pero el costo de arriesgarse a empezar labor de parto mientras su médico no está es mayor. Sin embargo, existen otros diversos factores socioculturales que pueden fomentar la práctica de la cesárea más allá de la práctica médica, los cuales no se abordan en este estudio.

Respecto a los días de la realización del congreso los resultados muestran que la tasa de cesáreas disminuye, es decir que mientras está el congreso la práctica de la cesárea disminuye un poco. Lo cual puede atribuirse a que la práctica de la cesárea no es única y exclusivamente de un médico especialista en ginecología y obstetricia, en esta misma área están los médicos residentes de esta especialidad que aunque aún no cuentan con licencia para ejercer este procedimiento cuentan con

conocimientos suficientes para actuar en casos extraordinarios y de urgencia; otra causa puede ser que no todos los ginecólogos y obstetras acuden a los congresos nacionales en todos los años, porque no tienen una obligación directa para asistir, sin embargo de esto depende su puntaje de logros profesionales para mantener la vigencia de su certificación como médico ginecólogo y obstetra.

Actualmente la práctica de la cesárea es un tema público de salud que está tomando fuerza a nivel mundial, y el gobierno mexicano ha decidido prestar atención en solucionarlo prueba de ello es el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal, sin embargo la implementación de esta acción difícilmente logrará tener un impacto en la minimización de la tasa de cesáreas si no se toma en cuenta otro tipo de acciones de política pública dentro y fuera del mismo espacio de políticas públicas; como el Programa de Acción Específico Medicina de Alta Especialidad el cual tiene como uno de sus objetivos promover la capacitación y actualización de profesionales de alta especialidad para la mejora de la atención de las prioridades nacionales. Porque al ser estudiadas en conjunto, como se demostró en este estudio, tienen una importante relación en la maximización de un problema público como la tasa de cesáreas.

## **V.I Limitantes de la investigación**

Las limitantes de esta investigación son tanto teóricas como metodológicas. Al ceñir la investigación a un marco teórico de coherencia entre las políticas públicas, me enfoqué en encontrar una relación directa entre las variables de estudio, tasa de cesáreas y fechas de congreso nacional. Lo cual me llevó a dejar fuera otros factores importantes relacionados a la práctica de la cesárea. Del lado de la demanda del servicio, sería interesante agregar variables que explique los factores económicos y sociales de las mujeres que deciden ser madres. Por parte de la oferta del servicio, cabe considerar factores sobre la calidad y cantidad de los servicios de salud, públicos y privados, relacionados a la atención de los nacimientos; las características geográficas y demográficas de cada una de las entidades federativas; y las razones detrás de que los médicos especialistas en ginecología y obstetricia prefieran practicar una cesárea en lugar de un parto natural. Lo anterior ayudaría a entender mejor el mecanismo del fenómeno develado, por ejemplo, las capacidades locales u hospitalarias podrían incrementar o disminuir el uso de cesárea aun cuando el especialista se encuentre fuera. Por consiguiente, en estudios posteriores pueden retomarse este tipo de variables explicativas en el modelo y de esta manera presentar resultados más robustos que puedan afirmar o revocar el argumento e hipótesis que se propusieron en esta investigación.

En cuanto a la parte metodológica, una regresión múltiple por mínimos cuadrados ordinarios fue suficiente para encontrar la relación positiva entre un aumento en la tasa de cesáreas y los congresos médicos nacionales. Sin embargo, la información contenida en los certificados de nacimiento de la SSA da para un estudio más robusto y con otra metodología que tome en cuenta los efectos temporales. También señala cosas de causalidad y como otros métodos como X o Y podrán servir para identificar una causalidad entre las variables identificadas.

## **CAPÍTULO VI**

### **Conclusión**

La coherencia externa es un mecanismo que permite verificar el impacto que una política pública generará en acciones del gobierno que buscan solucionar un problema específico (Cejudo y Michael 2016). Este nivel de análisis puede realizarse directamente entre un grupo de políticas públicas que pertenecen a un mismo espacio de política pública, por ejemplo, salud. O entre políticas de dos espacios de política pública distintos, por ejemplo, salud y educación. Esta investigación se buscó demostrar que en el contexto de las políticas públicas mexicanas existe una falta de coherencia al menos entre dos políticas que, aunque tienen objetivos distintos, la implementación de una de ellas, la capacitación médica, tiene un efecto negativo en el logro del objetivo de otra política pública que busca disminuir la práctica de la cesárea en México. Lo anterior se demostró a través de una regresión lineal múltiple por mínimos cuadrados ordinarios con datos sobre la tasa de cesáreas por día y las fechas de realización de los congresos médicos nacionales de ginecología y obstetricia. Los resultados sugieren que los días previos al congreso en efecto la tasa de cesáreas aumenta y los días durante el congreso la tasa disminuye un poco, pero lo hace aún más en los días después del congreso, en comparación con los demás días donde no hay congreso. Lo cual sugiere que, en efecto, la implementación de la política pública de capacitación médica a pesar de pertenecer al espacio de educación tiene un efecto negativo en el logro del objetivo de la política encaminada a reducir el procedimiento de la cesárea. Las aportaciones de esta investigación explícitamente son dos. La primera muestra evidencia de que existen políticas públicas con poca coherencia externa que en su implementación se contraponen logrando efectos negativos en otro espacio de política pública. Y la segunda tiene que ver con el agregar un nuevo factor al estudio del comportamiento de la tasa de cesáreas en México, relacionado con la oferta de servicios, la capacitación médica.

## **VI.I Implicaciones de política pública**

La relación entre el aumento de la tasa de cesáreas y las fechas de los congresos nacionales de médicos especialistas en ginecología y obstetricia fue positiva. Sin embargo, contemplando las limitaciones de esta investigación existen algunas implicaciones de política pública a tomar en cuenta:

### **VI.I.I Coherencia externa**

1. Prestar atención a la coherencia externa de tal manera que la implementación de una política pública no tenga efectos negativos en el logro de los objetivos de otra(s) política(s) pública(s). Y en el caso de que esto sea inevitable, al menos ser consciente de ello y tratar de minimizarlo lo más posible.
2. En las dependencias del sector público con capacidad de diseñar e implementar políticas públicas contemplar la apertura de un departamento especializado en el análisis de la coherencia externa de las políticas públicas. Su función principal sería analizar el grado en que la política diseñada e implementada se relaciona de manera armónica con otras políticas públicas. En el caso de encontrar efectos negativos en la relación, buscar áreas de oportunidad que armonicen dichas políticas y en caso de que esto no sea posible, de llevar al mínimo el impacto negativo para evitar efectos neutralizadores o magnificadores de problemas públicos.
3. Proponer mecanismos de evaluación de coherencia externa dentro de las dependencias públicas encargadas de diseñar e implementar políticas públicas. Gran parte de las evaluaciones de políticas públicas tienen que ver con la coherencia que tienen dentro de su marco lógico; por lo que los análisis de diseño e impacto de políticas públicas deberían contemplar analizar las políticas en conjunto para de esta manera crear planes de acción integrales y quizá con un mayor grado de éxito.

### **VI.I.II Práctica de la cesárea en México**

1. Crear incentivos que fomenten la disminución de la práctica de la cesárea en hospitales tanto públicos como privados. Los incentivos pueden ser desde un reconocimiento público hasta incentivos económicos o de recursos a aquellos lugares que anualmente logren mantener una tasa de cesáreas lo más cercana a la sugerencia de la OMS del 15%.
2. Crear incentivos y apoyos a los especialistas en Ginecología y Obstetricia que fomenten e impulsen el parto natural como método de nacimiento. Igualmente, a través de un

reconocimiento público o un apoyo monetario o de recursos. Esto podría incentivar a que otros médicos dejen de ver el lado monetario de la práctica de la cesárea.

3. Adecuar el régimen de capacitación de los especialistas para que estas acciones el cumplimiento con sus deberes de actualización en nuevas prácticas médicas no se interponga con el logro de objetivos de salud pública.

## Referencias

- Aguilar, L.F. (2009), "Marco para el análisis de las políticas públicas", en F. Mariñez y V. Garza (coords.), *Política pública y democracia en América Latina: Del análisis a la implementación*, México, itesm/egap/ Miguel Ángel Porrúa
- Beade, A., García, C. (2016). El embarazo. La espera tiene un costo. *Revista del Consumidor PROFECO*. Recuperado de: [https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj\\_2016/bol330\\_costo\\_embarazo.asp](https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2016/bol330_costo_embarazo.asp)
- Betrán A.P., Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu A.M., Torloni M.,R. (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE* 11(2): e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343
- Blouin, C. (2007), "Trade Policy and Health: From Conflicting Interests to Policy Coherence", *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3), pp. 169-173.
- Burns, L. R., Geller, S. E., y Wholey, D. R. (1995) "The effect of physician factors on the caesarean decision", *Medical Care*, núm. 4, pp. 346-351
- Cejudo, G., Michel, C. (2015). Resolviendo problemas sociales complejos mediante la integración de políticas. El caso de la Cruzada Nacional contra el Hambre en México. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (63), 33-64.
- (2016). Public Policies and Policy Coherence: Goals, Instruments and Target Populations. *Gestión y política pública*, 25(1), 03-31. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792016000100001&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792016000100001&lng=es&tlng=en).
- Christensen, T., y Læg Reid, P. (2008), "The Challenge of Coordination in Central Government Organizations: the Norwegian Case", en *Public Organization Review*, Vol. 8 N° 2, pp. 97-116.
- Comisión Federal de Mejora Regulatoria. (2011). Dictamen total sobre el anteproyecto denominado Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Recuperado de: [http://www.cofemer.gob.mx/expediente/v99/\\_COFEME.11.2488.pdf](http://www.cofemer.gob.mx/expediente/v99/_COFEME.11.2488.pdf)
- Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) A.C., Reglamento de Idoneidad. Disponible en: <http://www.conacem.org.mx/index.php/marco-juridico/reglamento>
- Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia (CMGO) A.C.
- Estatuto de la asociación. Disponible en: <https://www.cmgo.org.mx/assets/estatuto.pdf>

- Examen de certificación. Disponible en: <https://www.cmgo.org.mx/certificacion.html>
- Estatuto. Disponible en: <https://www.cmgo.org.mx/assets/estatuto.pdf>
- Solicitud de puntaje para eventos académicos. Disponible en: <https://www.cmgo.org.mx/solicitud-de-puntaje.html>

Diario Oficial de la Federación. (2015). Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a los que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el art. 81 de la Ley General de Salud., Ciudad de México, México.

Dirección General de Información en Salud (DGIS). Datos Abiertos – Nacimientos 2008-2015 Disponible en [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_nacimientos\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2012). Elevada incidencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>

*El Universal*, Carlos Méndez, 2017. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2017/01/22/nacen-por-cesarea-la-mitad-de-los-mexicanos>

Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) , A.C. Disponible en: <http://www.femecog.org/home.html>

González, G. J., Vega, M.G., Cabrera, C.E. (2011). *Factores socioepidemiológicos de los servicios de salud asociados a la operación cesárea* en Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos, Universidad de Guadalajara, 1a ed., México.

b. (2011) *Cesárea y parto natural: un análisis de costos* en Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos, Universidad de Guadalajara, 1a ed., México.

Howlett, M. y J. Rayner (2007), "Design Principles for Policy Mixes: Cohesion and Coherence in 'New Governance Arrangements'", *Policy and Society*, 26(4), pp. 1-18.

Hueston, W. J., y Summery, P. (1984) "Childbirth and social class: The case cesarean delivery", *Social Science and Medicine*, núm. 18, pp. 621-631.

INEGI (8 de mayo de 2017). "Estadísticas a propósito del día de la madre (10 de mayo)". Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf)

Jordan, G., & Halpin, D. (2006). The political costs of policy coherence: constructing a rural policy for Scotland. *Journal of Public Policy*, 26(1), 21-41.

The New York Times América Latina. (28 de agosto de 2017). Una epidemia de cesáreas innecesarias en México Recuperado de: <https://www.nytimes.com/es/2017/08/28/una-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-mexico/?smid=tw-share-es> Fecha de consulta: septiembre 2017

- Kapstein, E. (2006), "The Politics of Policy Coherence", in *Fostering Development in a Global Economy: A Whole of Government Perspective*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264010154-6-en>.
- May, P., Sapotichne J., y Workman S. (2006), "Policy Coherence and Policy Domains", *The Policy Studies Journal*, 34(3), pp. 381-403.
- Organización Mundial de la Salud y Human Reproductive Programme (2015), Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas. Resumen ejecutivo. Disponible: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/)
- Peters, G. (1998), "Managing Horizontal Government: The Politics of Co-Ordination", *Public Administration*, 76(1), pp. 295-311.
- (2004), *The Search for Coordination and Coherence in Public Policy: Return to the Center?*, Pittsburgh, University of Pittsburgh. Department of Political Science.
- Pollitt, Ch. (2003). Joined up government: a survey, *Political Studies Review*, 1(1), 34-49.
- Secretaría de Salud (SSA). (2002). Cesárea segura. Lineamiento técnico. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
- Stead, D. (2008), "Institutional aspects of integrating transport, environment and health policies", *Transport Policy*, 15(3), pp. 139-148 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2007.12.001>
- Tussing, A. D., y Wojtowicz, M. A. (1993) "The effect of physician characteristics on clinical behavior: Cesarean section in New York State", *Social Science and Medicine*, vol. 37, núm. 10, pp. 1251-1260.
- Wolpert, E. (2017), "La certificación médica, en *Memoria simposio CONAMED La Constitución y la salud*, Año 5, número 5, enero-diciembre de 2017, pp. 1-14
- Wooldridge, J.M. (2009). Análisis de regresión múltiple. En J.M. Wooldridge (Coord.). *Introducción a la econometría. Un enfoque moderno*. México: Cengage Learning.

## Anexo 1

### Especificaciones de regresión por Mínimos Cuadrados Ordinarios

Variable	Modelo 1 Todas variables y categorías
<i>Antes de congreso</i>	
5 días	0.000458 (0.0763)
4 días	0.325*** (0.0713)
3 días	0.189*** (0.0714)
2 días	0.151** (0.0713)
1 día	0.193*** (0.0711)
<i>De congreso</i>	
1er día	-0.580*** (0.0712)
2do día	-0.737*** (0.0712)
3er día	-0.0680 (0.0712)
4to día	-0.171** (0.0712)
5to día	-0.237*** (0.0761)
<i>Después de congreso</i>	
1er día	-0.0444 (0.0710)
2do día	0.142** (0.0711)
3er día	-0.257*** (0.0711)
4to día	-0.0627 (0.0711)
5to día	0.359*** (0.0761)
Sede congreso	0.302*** (0.0223)
<i>Años</i>	
2009	0.224*** (0.0147)
2010	0.276*** (0.0147)
2011	0.381*** (0.0147)
2012	0.445*** (0.0147)
2013	0.441*** (0.0147)

2014	0.387*** (0.0147)
2015	0.196*** (0.0147)
<i>Meses</i>	
Febrero	-0.0666*** (0.0183)
Marzo	0.0658*** (0.0179)
Abril	-0.00736 (0.0180)
Mayo	0.0537*** (0.0179)
Junio	0.122*** (0.0180)
Julio	0.332*** (0.0179)
Agosto	0.602*** (0.0179)
Septiembre	0.855*** (0.0180)
Octubre	0.601*** (0.0186)
Noviembre	0.284*** (0.0183)
Diciembre	0.0335* (0.0179)
<i>Días semana</i>	
Lunes	1.656*** (0.0139)
Martes	1.980*** (0.0139)
Miércoles	1.947*** (0.0139)
Jueves	1.925*** (0.0139)
Viernes	1.891*** (0.0139)
Sábado	0.810*** (0.0139)
<i>Entidades federativas</i>	
Baja California	-1.620*** (0.0296)
BCS	-0.729*** (0.0294)
Campeche	-1.398*** (0.0294)
Chiapas	-0.183*** (0.0294)
Chihuahua	13.29*** (0.0295)
Coahuila	-2.946*** (0.0294)
Colima	-4.597*** (0.0294)
Ciudad de México	-1.069***

	(0.0295)
Durango	-1.752***
	(0.0294)
Guanajuato	-0.361***
	(0.0294)
Guerrero	-2.278***
	(0.0295)
Hidalgo	-0.837***
	(0.0294)
Jalisco	-0.552***
	(0.0295)
Edo. México	-1.255***
	(0.0294)
Michoacán	-1.055***
	(0.0294)
Morelos	-0.992***
	(0.0294)
Nayarit	-2.715***
	(0.0294)
Nuevo León	-0.559***
	(0.0295)
Oaxaca	-1.754***
	(0.0294)
Puebla	-0.479***
	(0.0294)
Querétaro	-0.151***
	(0.0294)
Quintana Roo	-1.316***
	(0.0295)
San Luis Potosí	-2.503***
	(0.0294)
Sinaloa	-0.616***
	(0.0294)
Sonora	-1.328***
	(0.0294)
Tabasco	-0.132***
	(0.0294)
Tamaulipas	-0.486***
	(0.0294)
Tlaxcala	-0.239***
	(0.0294)
Veracruz	-1.981***
	(0.0295)
Yucatán	-0.599***
	(0.0294)
Zacatecas	-2.281***
	(0.0294)
Constante	3.611***
	(0.0275)
N	93,495
R-cuadrada	0.864

---