



Altas tasas de Cesáreas en Clínicas Privadas

¿Una relación CAUSAL?

La Organización Mundial de la Salud establece que la tasa de cesáreas ideal es del 15%-20%. La de Chile fue del 53% en 2017, entre las más altas del mundo.

*Por: Ramiro De Elejalde, Doctor en Economía, Universidad Carlos III de Madrid, España. Académico FEN-UAH.
Eugenio Giolito, Ph.D. en Economía, University of Maryland, EE.UU. Académico FEN-UAH*

¿Hace alguna diferencia para el recién nacido y la madre que el parto sea por cesárea en lugar de natural? La evidencia disponible es concluyente: las cesáreas que no están indicadas médicamente tienen consecuencias negativas para ambos. Por ejemplo, para el recién nacido es mayor el riesgo de problemas respiratorios (Card et al. (2018)), y para la madre es mayor la probabilidad de infecciones post-parto (Villar et al., 2007) y hay un mayor riesgo de complicaciones en embarazos futuros (Ananth et al., 1997).

En el caso chileno, hay dos hechos que relacionan las altas tasa de cesáreas con los nacimientos en clínicas privadas que llaman atención. Primero, la tasa de cesáreas en 2017 en hospitales públicos fue del 33% mientras que en clínicas privadas fue del 63%. Segundo, en los últimos 15 años se

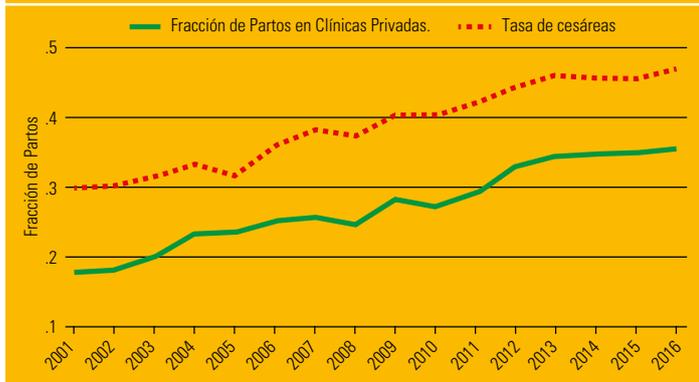
observa una mayor participación de las clínicas privadas en los partos y, al mismo tiempo, un aumento de las tasas de cesáreas (ver Figura 1).

Estos dos hechos sugieren una relación causal entre nacimientos en clínicas privadas y cesáreas, pero también podrían ser simples correlaciones explicadas por otras razones. Un argumento posible es que los embarazos más riesgosos se atienden en clínicas privadas porque los médicos o la infraestructura son mejores. Otro argumento plausible es que la tendencia creciente en nacimientos en clínicas privadas y cesáreas se debe a otros factores, como un mayor poder adquisitivo de la población.

En un trabajo de investigación reciente (De Elejalde y Giolito, 2019) intentamos mostrar que las altas tasas de cesáreas se deben, en parte, a la

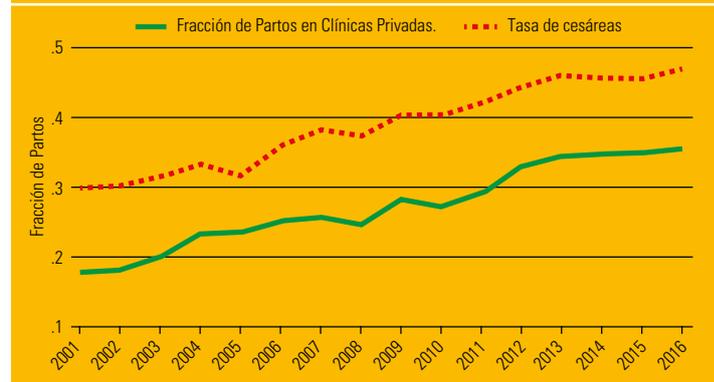
mayor participación de las clínicas privadas en el total de partos. Para ello nos valemos de una política que facilitó el acceso a clínicas privadas en parto para mujeres pertenecientes a FONASA. Sabido es que el seguro público tiene un programa llamado Modalidad Libre Elección (MLE) que facilita el acceso a clínicas privadas a personas pertenecientes a los grupos B, C y D. Para algunos diagnósticos el programa MLE utiliza un sistema de pago llamado Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), por el cual tanto el precio recibido por la clínica como el copago del paciente están asociados a un diagnóstico, independientemente del procedimiento efectuado en la clínica. En el caso de parto, esto implica que tanto el monto percibido por la clínica como el pagado por la paciente no variarán si el parto es por cesárea o es natural. En 2003 se

Figura 1: Evolución de la Tasa de Cesáreas y los Nacimientos en Clínicas Privadas, Chile, 2001-2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Egresos Hospitalarios del DEIS, Ministerio de Salud.

Figura 1: Evolución de la Tasa de Cesáreas y los Nacimientos en Clínicas Privadas, Chile, 2001-2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Egresos Hospitalarios del DEIS, Ministerio de Salud.

produjo una gran reducción en el copago de los pacientes de PAD parto, de alrededor de 415 mil a 178 mil pesos, lo cual determinó un importante aumento en los partos en clínicas privadas (de 4 mil por trimestre en 2003 a 11 mil en 2009).

Para estimar el efecto de la política que facilitó el acceso a clínicas privadas sobre la tasa de cesárea, utilizaremos datos de egresos hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, que contienen información sobre el hospital, diagnóstico, existencia de cirugía y tipo de seguro de la paciente, a partir del 2001. Dado que el cambio de política se produjo en el 2003, tenemos datos suficientes para identificar la evolución del grupo "tratado" (partos de mujeres pertenecientes a los grupos B, C y D de FONASA) comparada con la de un grupo no afectado (mujeres pertenecientes al grupo A de FONASA o mujeres con ISAPRE). La Figura 2 muestra que entre comienzos de 2003 (cuando se reduce el costo de acceso a clínicas privadas) y comienzos de 2005 la tasa de cesáreas para mujeres en el grupo tratado aumenta del 30% al 40%. Note que la tasa de cesárea sólo crece para las mujeres pertenecientes a los grupos B, C y D, y no lo hace para aquellas pertenecientes al grupo A de FONASA o ISAPRES. Dado que la participación en partos de clínicas privadas aumentó en 20%, esto implica que dar a luz en una de ellas, en lugar de un hospital público, incrementa la probabilidad de una cesárea en un 50%.

¿Por qué las clínicas privadas tienen más incentivos a hacer cesáreas que los hospitales públicos? La evidencia disponible para otros países (Gruber et al., 1999, Allin et al., 2015 o Foo et al., 2017) encuentra que si el seguro médico paga un precio mayor a los médicos y hospitales si el parto es por cesárea (en lugar de un parto natural), entonces la tasa de cesáreas aumenta. Sin embargo, esto no

“Políticas bien intencionadas pueden tener consecuencias inesperadas si en el diseño de ellas no tenemos en cuenta los incentivos de los distintos agentes económicos”

parece ser lo que sucede en Chile porque la política que nosotros analizamos paga lo mismo a los hospitales independiente del tipo de parto.

Si la razón para una mayor tasa de cesáreas no está dada por su precio, una explicación alternativa es que las cesáreas permiten a las clínicas privadas programar los partos y de esta forma realizar más partos que los que podrían realizar dada una capacidad instalada del hospital. Por ejemplo, supongamos que una clínica tiene ca-

pacidad para atender 100 partos en una semana. Si todos los partos son naturales, la clínica no puede predecir perfectamente cuantos partos se van a presentar esta semana o la próxima y por lo tanto no puede atender 100 partos en promedio por semana. Digamos que puede a lo sumo atender 75 partos en promedio por semana (algunas semanas atenderá 100 partos y otras semanas 50 partos). Por otro lado, si todos los partos son por cesáreas, entonces puede programar los partos y atender 100 partos cada semana. Este mayor número de partos, le permite maximizar sus beneficios al final del día.

En el trabajo encontramos evidencia consistente con el mecanismo descrito anteriormente: en semanas que la clínica tiene una alta demanda, ésta adelanta algunos partos para la semana anterior. Esto no sucede con los hospitales públicos que probablemente tengan incentivos distintos a la maximización de beneficios.

Creemos que la política de bajar los precios del PAD parto ha sido exitosa en dar acceso a mujeres con Fonasa a clínica privadas, que, al parecer, era una demanda genuina de los afiliados del sistema público. Sin embargo, políticas bien intencionadas pueden tener consecuencias inesperadas si en el diseño de ellas no tenemos en cuenta los incentivos de los distintos agentes económicos. Esta es una lección importante, que debería tenerse muy en cuenta en el diseño futuro de políticas públicas. **OE**

Referencias

- Allin, S., M. Baker, M. Isabelle, y M. Stabile (2015). *Physician incentives and the rise in C-sections: Evidence from Canada*. Working Paper 21022, National Bureau of Economic Research.
- Ananth, C. V., J. C. Smulian, y A. M. Vintzileos (1997). *The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 177 (5), 1071-1078.
- Card, D., A. Fenizia, y D. Silver (2018). *The health effects of cesarean delivery for low-risk first births*. Working paper.
- de Elejalde, R., y E. Giolito (2019). *More hospital choices, more C-sections: Evidence from Chile*. Working paper.
- Foo, P. K., R. S. Lee, y K. Fong (2017). *Physician prices, hospital prices, and treatment choice in labor and delivery*. American Journal of Health Economics 3 (3), 422-453.
- Gruber, J. y M. Owings (1996). *Physician financial incentives and cesarean section delivery*. The RAND Journal of Economics 27 (1), 99-123.
- Villar, J., G. Carroli, N. Zavaleta, A. Donner, D. Wojdyła, A. Faundes, A. Velazco, V. Bataglia, A. Langer, A. Narváez, E. Valladares, A. Shah, L. Campodónico, M. Romero, S. Reynoso, K. S. de Pádua, D. Giordano, M. Kublickas, y A. Acosta (2007). *Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study*. BMJ 335 (7628), 1025.