

¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos¹

Alejandro Arrieta² y Andrés Oneto³ - UPC



Foto CIES

Si la afectación de derechos de las mujeres pobres ocurre por falta de acceso, en el caso de las mujeres no pobres ocurre por exceso de tratamientos.

Introducción

En el Perú, como en muchos países en desarrollo, la tasa nacional de cesáreas esconde problemas extremos. Por un lado, cerca de la mitad de los partos no son institucionalizados, observándose para este grupo tasas de cesáreas cercanas a cero por ciento. Por otro lado, solo 6% de los partos se atiende en establecimientos privados de salud, observándose en este caso tasas de cesáreas cercanas al 50%. Estas cifras sugieren que los derechos reproductivos de la mujer están siendo afectados en dos direcciones según acceso a salud.

El primer caso, el de las mujeres sin acceso, ha sido ampliamente estudiado⁴. En general, el acceso a la salud es reconocido como un derecho humano y, consecuentemente, se reconoce que el Estado debe asegurar una adecuada atención del embarazo⁵. Es evidente que la falta de partos institucionalizados genera tasas de cesáreas muy por debajo de lo recomendado por la OMS⁶. Esto constituye un factor adicional que explica la elevada mortalidad materna en nuestro país.

El segundo caso, el de mujeres con acceso a establecimientos privados de salud, no ha sido debidamente estudiado en parte porque se asume, incorrectamente, que las mujeres no pobres cuentan con información adecuada y que los servicios de salud privados funcionan apropiadamente. Si la afectación de derechos de las mujeres pobres ocurre por falta de acceso, en el caso de las mujeres no pobres ocurre por exceso de tratamientos.

En ambos casos, sin embargo, coincide la falta de información y la limitación al derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo. Siguiendo a Yon⁷, el ejercicio de los derechos reproductivos se basa en la libertad de las personas para tomar decisiones informadas. Este concepto está estrechamente relacionado

«... se asume, incorrectamente, que las mujeres no pobres cuentan con información adecuada y que los servicios de salud privados funcionan apropiadamente»

- 1/ Este artículo es el resumen de la investigación "¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos", realizada en el marco del Concurso de Investigación CIES ACIDI-IDRC 2006.
- 2/ Docente de la UPC y Research Fellow del Institute for Health and Health Care Policy de Rutgers (arrieta@econ.rutgers.edu).
- 3/ Docente de la UPC y consultor de la Corporación Andina de Fomento (aoneto@caf.org).
- 4/ Arroyo, Juan, Eduardo Cáceres, Susana Chávez y Mario Ríos. *Vínculos entre la Salud Pública y los Derechos Humanos*. Lima: CIES, 2004. Tamayo, Giulia. *Bajo la piel: derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Flora Tristan, 2001.
- 5/ Ver, por ejemplo, las recomendaciones sobre salud que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) formuló bajo la Recomendación General 24.
- 6/ La OMS recomienda una tasa de cesáreas de 15% de acuerdo a las tasas observadas en países con menor mortalidad perinatal.
- 7/ Yon, Carmen. *Preferencias reproductivas y anticoncepción: hablan las mujeres andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos-ReproSalud, 2000.

con el principio jurisprudencial angloamericano sobre el consentimiento informado, por el que “se posibilita que el paciente, en forma autónoma y sin injerencia ni coacción, realice una elección de manera racional”⁸.

Llama la atención la escasa investigación sobre el caso de cesáreas inducidas por el médico sin justificación clínica. Cuando el médico afecta las preferencias de la madre gestante al sobredimensionar los riesgos del parto natural y al omitir los riesgos y futuras consecuencias de la cesárea para la madre y el recién nacido, entonces se viola el derecho al consentimiento informado y, con ello, los derechos reproductivos de la mujer.

El consentimiento informado en el caso de una cesárea es particularmente importante por sus efectos sobre la mortalidad y las complicaciones futuras en la madre y en el recién nacido. Existe evidencia clínica que muestra la necesidad de un internamiento más largo en el caso de los partos por cesárea⁹. Además, en un estudio para América Latina, Villar et al. muestran que la cesárea aumenta la probabilidad de muerte de la madre e incrementa la incidencia de infecciones y de tratamientos con antibióticos después del parto¹⁰. Se sabe también que además de los riesgos inmediatos para la madre, se pueden generar mayores riesgos en partos posteriores a una cesárea, lo que incrementa la probabilidad de parto quirúrgico y, por ende, aumenta el riesgo de que la madre presente placenta previa, lo que eleva la probabilidad de muerte fetal en un siguiente embarazo¹¹.

La cesárea incrementa también la probabilidad de muerte del recién nacido y lo vuelve más propenso a ciertas enfermedades. Mac Dorman et al. estiman que la probabilidad de muerte neonatal es 2,9 veces mayor en el caso de parto por cesárea que en el de parto vaginal¹². Un resultado similar es encontrado por Villar et al., quienes muestran, además, que las cesáreas incrementan la probabilidad de que un recién nacido ingrese a cuidados intensivos. En los partos por cesárea hay también un mayor riesgo de morbilidad respiratoria neonatal y prematuridad¹³.

Foto CIES



La cesárea incrementa también la probabilidad de muerte del recién nacido y lo vuelve más propenso a ciertas enfermedades.

«El consentimiento informado en el caso de una cesárea es particularmente importante por sus efectos sobre la mortalidad y las complicaciones futuras en la madre y en el recién nacido»

1. Problemática de las cesáreas en el Perú: el origen

A pesar de las reformas en el sector salud implementadas a mediados de los años noventa, la atención privada de salud se ha mantenido estancada alrededor de 7% en las últimas dos décadas. Por otro lado, menos del 3% de la población tiene algún tipo de seguro privado de salud (EPS, compañía de seguros, auto-seguros¹⁴ y prepagas¹⁵) y una parte significativa de la atención privada en salud sigue siendo financiada mediante el pago de bolsillo (principalmente a través de gastos en farmacias). La creación de las EPS no ha descongestionado el número de partos atendidos en el sector público, lo que refleja los límites del sistema en una economía donde existen altos niveles de informalidad, una limitada capacidad de pago de las familias y un bajo nivel de aporte de las planillas¹⁶.

- 8/ Defensoría del Pueblo. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I. Serie Informes Defensoriales No. 1998.
- 9/ NIH. “State-of-the-Science Conference Statement: Cesarean Delivery on Maternal Request”, *Obstetrics and Gynecology* 107, 2006.
- 10/ Villar, J. E. Valladares, D. Wojdyla, N. Zavaleta, G. Carroli, A. Velazco, A. Shah, L. Campodónico, V. Bataglia y A. Faundes. “Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: The 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America”. *The Lancet* 367, 2005.
- 11/ Gray, R., MA Quigley, C. Hockley, JJ Kurinczuk, M. Goldacre, y P. Brocklehursta. “Caesarean Delivery and Risk of Stillbirth in Subsequent Pregnancy: A Retrospective Cohort Study in an English Population”. En: *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 114, 2007.
- 12/ MacDorman, M., E. Declercq, F. Menacker, y M. Malloy Michael. “Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with No Indicated Risk”. En: *Birth* 33, 2006.
- 13/ *Ibid.*
- 14/ Corresponde a los fondos administrados por grandes empresas, públicas o privadas. El servicio se realiza mediante aportes de la empresa y co-pagos de los trabajadores.
- 15/ Programas de financiación asumidos por los prestadores privados de salud, generalmente a través de tarjetas de descuento. Destaca el caso de Oncosalud y el programa de salud de la Maison de Santé.
- 16/ Du Bois, Fritz. *Programas sociales, salud y educación en el Perú: un balance de las políticas sociales*. Lima: IPESM, 2005.



En el Perú, la creación de las EPS ha coincidido con el aumento en la tasa de cesáreas.

Sin embargo, la creación de las EPS ha generado un cambio en el poder de mercado del sector privado de salud, de manera que la fuente de ingresos de las clínicas privadas se encuentra fuertemente concentrada en las dos EPS que operan en el mercado¹⁷. Se estima que las EPS representan cerca del 50% de los ingresos de las clínicas privadas, seguidas por las compañías de seguros que financian cerca del 30% de los ingresos¹⁸. Sin embargo, las dos EPS que operan en el mercado (Rímac Internacional EPS y Pacífico EPS) pertenecen a grupos económicos vinculados a compañías de seguros y estas dos compañías (Rímac Internacional y El Pacífico Peruano Suiza) concentran más del 85% del mercado de seguros de asistencia médica¹⁹. Es decir, alrededor del 75% de los ingresos por prestación de salud de las clínicas privadas proviene solo de dos grupos económicos.

El mayor poder de mercado de las EPS se traduce en una ventaja de negociación que empuja los costos médicos a la baja, de manera que las menores tarifas y el estancamiento en el número de pacientes se manifiesta en una caída en los ingresos médicos. Cuando este escenario es acompañado de una escasa regulación y de una falta de transparencia en la información, se amplían los incentivos por parte de los doctores a compensar la caída de sus ingresos induciendo a los pacientes a demandar mayores tratamientos médicos. Esto es posible debido a la existencia de asimetrías de información propias de la relación médico-paciente.

17/ A inicios del año 2007 entró en operación PERSALUD EPS.

18/ Salas, Eduardo. "La Opinión del Prestador", Anuario 2004 Sistema de EPS". Lima: SEPS, 2004.

19/ Seis compañías operan en el ramo de asistencia médica, según información de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

20/ Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, SEPS. Análisis de rentabilidad de Planes de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud. Lima: SEPS, 2002.

Los médicos pueden utilizar su ventaja informacional en perjuicio de los consumidores, lo que genera sobremedicación, exceso de procedimientos en los diagnósticos, aumento en la frecuencia de visitas médicas e, incluso, procedimientos médicos innecesarios. Cuando los seguros privados aparecen en la relación médico-paciente, al problema de agencia se añade uno de riesgo moral. El precio por procedimiento deja de ser una variable de decisión para el paciente asegurado, de manera que es más fácil que el doctor tome acciones para influir en las preferencias de las pacientes bajo la amenaza de un mayor riesgo médico.

Este fenómeno de demanda inducida es propio de sistemas de atención de salud privada en donde los honorarios médicos son calculados sobre la base de servicios, a diferencia del sector público en donde el salario es fijo. En el caso del Perú, las estadísticas de la SEPS muestran que aunque los costos o montos liquidados a las clínicas por distintas causas de demanda hospitalaria se han reducido en los últimos años, el número de atenciones por las mismas causas se ha incrementado. En un estudio más riguroso de la SEPS²⁰ para hipertensión arterial, asma e infección respiratoria alta, se encuentra un uso excesivo de procedimientos de diagnóstico y un número elevado de visitas médicas, lo que refuerza la hipótesis de demanda inducida.

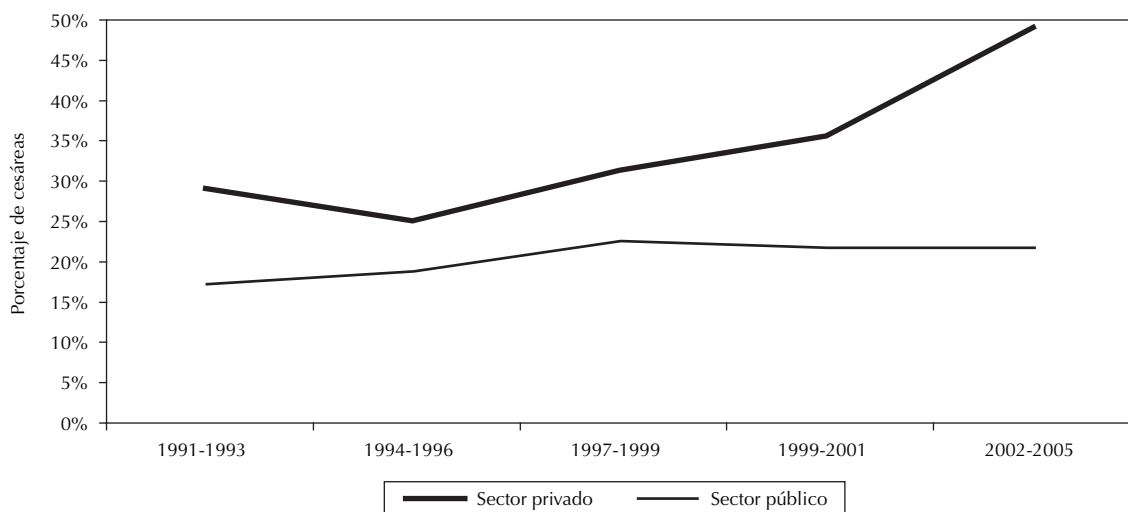
En el caso particular de los partos, la reducción en los ingresos médicos puede ser compensada por un incremento de partos por cesáreas médicamente injustificados. Cabe resaltar que las cesáreas no solo generan más ingresos que los partos naturales, sino que también requieren menos tiempo y pueden acomodarse al horario del médico, de manera que este puede programar cesáreas en su horario laboral sin afectar feriados ni fines de semana.

En el Perú, la creación de las EPS ha coincidido con el aumento en la tasa de cesáreas, que se ha acelerado con la posterior consolidación del sistema. El gráfico 1 muestra este preocupante cambio de tendencia en la tasa de cesáreas en el sector privado. Mientras que la tasa de cesáreas se ha mantenido alrededor del 21% en el sector público, en el sector privado las tasas se han acelerado desde inicios de la presente década, pasando de 28,6% en el período 1991-1993 a 48,6% en el período 2002-2005.

«...alrededor del 75% de los ingresos por prestación de salud de las clínicas privadas proviene solo de dos grupos económicos»

Gráfico 1

Evolución de la tasa de cesáreas



Fuente: ENDES 1996, 2000 y 2004-2005.
Elaboración propia.

«...la creación de las EPS ha coincidido con el aumento en la tasa de cesáreas, que se ha acelerado con la posterior consolidación del sistema»

Este incremento en la tasa de cesáreas en el sector privado ha sido también observado en los primeros diez años de funcionamiento de las ISAPRES chilenas²¹, donde el 60% de los nacimientos se realizaba con cesáreas en el sistema privado, mientras que en el sistema público esta cifra solo llegaba a 25%. Cuando se inspecciona el acceso a un seguro privado, el caso resulta más dramático. En el período 2002-2005, la tasa de cesáreas fue de 43% para el caso de mujeres sin seguro y de 69% para el caso de mujeres que contaron con algún seguro privado de salud.

2. Una estimación de las consecuencias

Cuantificar el número de cesáreas indebidas requiere incorporar la naturaleza de la relación médico-paciente y los diversos incentivos médicos en el proceso de estimación. La información observada por el economista es el resultado de un proceso de decisión en donde el médico determina la condición clínica de la paciente y luego elige entre el tratamiento apropiado

o el inapropiado dependiendo de si sus incentivos sobrepasan su ética profesional. Consecuentemente, el economista observa un resultado que no refleja necesariamente la condición clínica de la paciente, ya que podría estar afectado por incentivos médicos. Este problema es análogo a un error de clasificación o de medición de variable, solo que en este caso el "error de clasificación" está definido por el grado de incentivos del doctor. Sin incentivos médicos, un

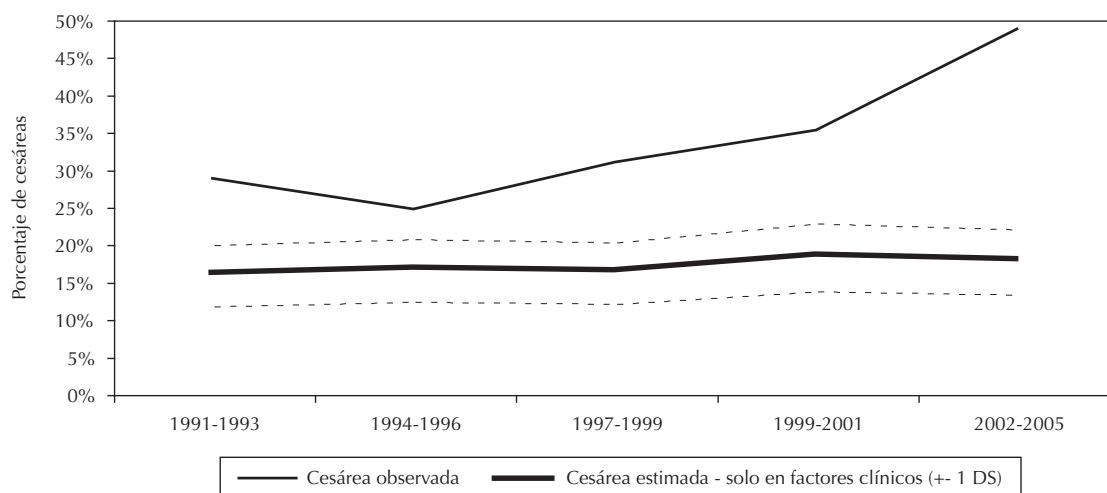


En el período 2002-2005, la tasa de cesáreas fue de 43% para el caso de mujeres sin seguro.

21/ García N., Luis. "Reforma de la Seguridad Social en Salud en el Perú: un análisis comparativo". PUCP, Documento de Trabajo 196, 2001.

Gráfico 2

Sector privado: cesáreas observadas y cesáreas sin incentivos médicos



Fuente: ENDES 1996, 2000 y 2004-2005.
Elaboración propia.

econometrista observaría una cesárea solo cuando es requerida y, por tanto, esta reflejaría solo la condición clínica de la paciente.

En este estudio usamos un modelo Estructural de Error de Clasificación²² para estimar el porcentaje de cesáreas sin justificación médica y, con ello, cuantificar el impacto tanto en términos de mujeres afectadas como de costos en exceso. Para ello se utiliza datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de

«Los resultados de la estimación son claros y demuestran un importante problema de demanda inducida de cesáreas en el sector privado de salud»

los años 1996, 2000 y 2004-2005. La inferencia de estas encuestas es nacional. La muestra final estuvo representada por 13.583 nacimientos de niños vivos ocurridos entre los años 1991 y 2005.

Las variables utilizadas en el documento se han asociado en tres grupos. El primer grupo de variables captura el incentivo de los médicos a inducir un parto quirúrgico. Aquí se incluye el régimen de propiedad del establecimiento de salud (público o privado), el acceso de la madre a un seguro privado y una variable que indica si el parto fue en un fin de semana o en un feriado. El segundo grupo mide el grado de resistencia o de conformidad a la cesárea que tiene la madre cuando esta es inducida por el médico. Las variables incluidas en este grupo reflejan características socioeconómicas y culturales, además de las preferencias de la madre. Se incluyó el nivel de educación de la madre, la procedencia o lugar donde la madre vivió la mayor parte de su infancia, la decisión sobre lactancia materna y el nivel de riqueza medido por posesión de activos en el hogar. Finalmente, el tercer grupo de indicadores describe las características clínicas de la madre, las que son

Foto CIES



Las variables utilizadas en el documento se han asociado en tres grupos: incentivo de los médicos a inducir un parto quirúrgico, grado de resistencia o de conformidad a la cesárea y descripción de las características clínicas de la madre

22/ Arrieta, Alejandro. *A Structural Misclassification Model to Estimate the Impact of Physician Incentives on Healthcare Utilization*. Mimeo, Rutgers University, 2007.



Cuando la madre cuenta con algún tipo de seguro privado, la probabilidad de una cesárea sube cerca de 4%.

utilizadas como variables de control. En este grupo se incluyeron variables clínicas sugeridas por la literatura médica sobre cesáreas.

Los resultados de la estimación son claros y demuestran un importante problema de demanda inducida de cesáreas en el sector privado de salud. La creación de las EPS y su impacto en reducción de tarifas a través del mayor poder de negociación con las clínicas ha hecho que la probabilidad de tener una cesárea en el sector privado llegue casi a duplicarse. En el gráfico 2 se compara la tasa de cesáreas observadas en el sector privado con la tasa estimada si se eliminara el problema de incentivos médicos, es decir, con la tasa de cesáreas requeridas clínicamente. Es claro que la

«...después de la creación de las EPS la probabilidad de una cesárea es de 7,5% si el parto es domingo y de 3,8% si es sábado»

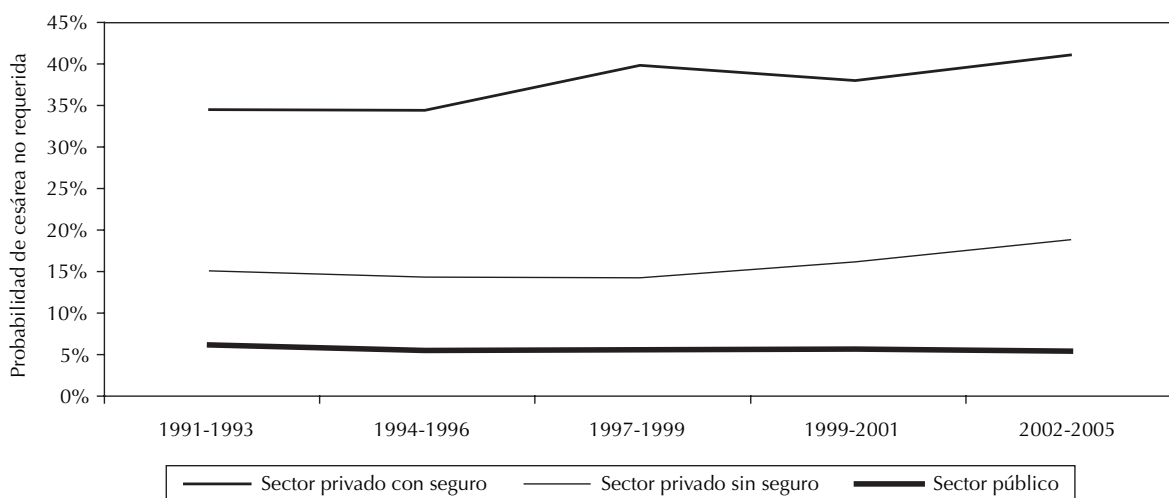
brecha entre ambas tasas se ha incrementado abruptamente después de la reforma de salud.

Cuando la madre cuenta con algún tipo de seguro privado, la probabilidad de una cesárea sube cerca de 4%. Este efecto corresponde al riesgo moral inherente a todo tipo de seguro y que en el caso particular de la salud podría reforzar los problemas de demanda inducida de cesáreas. Además de los incentivos financieros, los resultados muestran importantes incentivos relacionados a la capacidad del médico de programar partos en días no laborables. El estudio confirma la hipótesis de conveniencia del médico y muestra que esta se ha profundizado después de la reforma del sector salud. Antes de la creación de las EPS, la probabilidad de cesárea se reducía en 4% si el parto era el domingo. Además, no había evidencia de un efecto los sábados. Sin embargo, después de la creación de las EPS la probabilidad de una cesárea se reduce a 7,5% si el parto es domingo y a 3,8% si es sábado.

El gráfico 3 ilustra los incentivos médicos. En este caso se utiliza los resultados de la estimación para calcular la probabilidad de hacer una cesárea cuando no es requerida clínicamente. En comparación con el sector público, los médicos del sector privado

Gráfico 3

Incentivos médicos: probabilidades de una cesárea indebida



Fuente: ENDES 1996, 2000 y 2004-2005.
Elaboración propia.



Aquellas mujeres que vivieron su infancia en zonas rurales tienen una mayor resistencia a ser inducidas a una cesárea.

han incrementado la probabilidad de una cesárea no requerida después de la reforma de salud. En la actualidad una paciente con seguro privado que no requiere una cesárea tiene una probabilidad de 41% de que se la hagan, mientras que si no tuviera seguro la probabilidad sería de 18%. Cabe resaltar que aunque la reforma no ha afectado los incentivos médicos en el sector público, el gráfico 3 muestra que en este sector 5% de mujeres que no requieren una cesárea finalmente tienen una. Aunque el diseño contractual de salarios fijos en el sector público elimina los incentivos monetarios, quedan aún incentivos no monetarios como la programación de partos en días laborables.

Respecto a las variables relacionadas a la resistencia o conformidad de la madre, el estudio muestra resultados interesantes. La procedencia de la madre tiene un impacto considerable, pues indica que aquellas mujeres que vivieron su infancia en zonas rurales tienen una mayor resistencia a ser inducidas a una

«En la actualidad una paciente con seguro privado que no requiere una cesárea tiene una probabilidad de 41% de que se la hagan, mientras que si no tuviera seguro la probabilidad sería de 18%»

«Anualmente, en el sector privado de la salud se afecta los derechos reproductivos de cerca de 13 mil mujeres a quienes se les práctica una cesárea injustificada médicamente, la mayoría de las veces sin consentimiento informado»

cesárea. Existe un factor cultural cuyo impacto se ha incrementado después de la reforma, de manera que la procedencia rural de la madre puede reducir la probabilidad de cesárea cerca de 4%.

La educación de la madre no parece reflejar el grado de información respecto a la cesárea, de manera que no constituye un factor de resistencia a la persuasión del médico. Por el contrario, las mujeres con grado de instrucción superior tienen 2% más probabilidades de tener un parto por cesárea. Este impacto se ha reducido muy levemente después de la reforma.

Nuestros resultados también confirman la hipótesis del *too push to push*, que señala un cambio cultural que favorece la cesárea entre las mujeres de estratos sociales más altos. Tanto antes como después de la reforma, se observa una mayor preferencia por cesáreas entre las mujeres más ricas, de manera que pasar a un quintil de riqueza superior aumenta la probabilidad de cesárea alrededor de 5%, antes y después de la reforma. Esto también es consistente con la relación entre lactancia materna y cesáreas. Este estudio confirma que la actitud frente a la lactancia se ha convertido en un importante predictor de cesáreas después de la reforma. Este incremento en la probabilidad podría sugerir un cambio de preferencias frente a las cesáreas. Esto está relacionado con el mito equivocado de que la cesárea es la alternativa que la sociedad moderna ofrece para tener un parto “rápido, programado y sin dolor”, que resulta lo más apropiado para la mujer en términos estéticos, laborales o de comodidad personal.

El cambio de preferencias entre las gestantes de mayores recursos puede ser una consecuencia indirecta del aumento generalizado de las tasas de cesáreas en el sector privado. Lo que empezó siendo una influencia médica a favor de un procedimiento más lucrativo, podría convertirse en un cambio de percepción e, incluso, en una moda a favor de las cesáreas. Este fenómeno es preocupante y requiere medidas de salud pública que aborden esta problemática.

Con los resultados del modelo para el período post reforma, se estimó el número de cesáreas injustificadas médicamente. Considerando un escenario conservador, se hizo la pregunta sobre cuántas cesáreas pudieron haberse hecho en un determinado año si se hubiera eliminado el problema de demanda inducida en el sector privado. Es decir, qué hubiera pasado si la probabilidad de un parto por cesárea estuviera asociada solo a factores clínicos, extrayendo cualquier problema de incentivos o de preferencias. El cuadro 1 muestra el número de mujeres a quienes se les practicó una cesárea sin razones médicas en un año determinado²³. Anualmente, en el sector privado de la salud se afecta los derechos reproductivos de cerca de 13 mil mujeres a quienes se les practica una cesárea injustificada médicamente, la mayoría de las veces sin consentimiento informado. De acuerdo a datos de costos medios de cesáreas reportados por la SEPS, estas cesáreas de más representan más de 6,7 millones de dólares anuales en exceso que son pagados tanto por las empresas de seguros (EPS, compañías de seguros, autoseguros y prepagas) como por los hogares.

Cuadro 1

Número de cesáreas indebidas y costos en exceso

Descripción ^{1/}	Número de mujeres afectadas
Total de nacimientos en establecimientos privados	42.830
Número de mujeres cesareadas (observado)	20.804
Número de mujeres cesareadas si se eliminase el problema de demanda inducida ^{2/}	7.615
Cesáreas inducidas, no justificadas médicamente	13.189
Costo de cesáreas en exceso ^{3/}	US \$ 6.727.174

1/ Las proyecciones usan medias ponderadas por peso muestral. Se consideró un promedio anual de 628 mil nacimientos.

2/ Basado en estimaciones del modelo Estructural de Error de Clasificación.

3/ Se considera la información de costos medios de cesáreas y partos naturales de las EPS reportado en el boletín SEPS al cuarto trimestre de 2005.

Elaboración propia.

Cabe resaltar que las cifras presentadas en el cuadro 1 no incorporan el costo de efectos indirectos asociados a una mayor probabilidad de visitas médicas postparto



Foto CIES

La reforma del sistema privado de salud en el Perú iniciada en 1998 con la creación de las EPS ha tenido resultados modestos en términos de acceso.

y a una mayor mortalidad materno-infantil después de una cesárea. Si se considerara dichos efectos, el número de mujeres afectadas y el costo en exceso por cesáreas serían todavía más elevados que los presentados. Es decir, las cifras presentadas representan un escenario moderado.

3. Conclusiones y recomendaciones de política

La reforma del sistema privado de salud en el Perú iniciada en 1998 con la creación de las EPS ha tenido resultados modestos en términos de acceso, de descongestión del seguro social y de inversión en salud. Aunque el bienestar de los consumidores que han pasado del sector público al privado ha mejorado en términos de calidad percibida, la evidencia muestra que ha habido una afectación de derechos de salud en términos de uso excesivo de procedimientos y de tratamientos médicos.

Los resultados de este estudio sugieren que el incremento en la tasa de cesáreas es consecuencia de la reforma en el sector privado de salud implementada a fines de los años noventa. El mercado de financiadores de salud se encuentra altamente concentrado en dos grupos económicos que explican en la actualidad más del 75% de los ingresos de las clínicas privadas. Esto ha generado un elevado poder de mercado y de negociación que ha presionado las tarifas de la atención médica a la baja.

23/ Consideramos un año particular entre el 2000 y 2005, cuando el promedio de nacimientos anuales fue de 628.000. INEI. "Perú: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050". Boletín de Análisis Demográfico. Lima: INEI, 2001.



Este estudio ha permitido identificar que el origen del elevado número de cesáreas es principalmente económico.

El shock negativo en los ingresos médicos post reforma ha aumentado los incentivos de los médicos a inducir cesáreas injustificadas clínicamente como un mecanismo de compensación a sus ingresos. Antes de la reforma, una mujer que daba a luz en un establecimiento privado de salud en vez de en uno público aumentaba su probabilidad de ser cesareada en 3,5%. Después de la reforma este incremento de probabilidad llega a 6%.

Además de los incentivos financieros, el estudio muestra que hay importantes incentivos no monetarios relacionados a la comodidad del médico. Se ha encontrado que después de la reforma, la probabilidad de tener una cesárea se reduce más los domingos y los sábados, lo que indica que los médicos optan por una cesárea porque esto les permite programar los partos dentro de sus días laborables. Estos incentivos afectan también a los profesionales médicos del sector público.

El problema de las cesáreas inducidas por un profesional médico tiene doble consecuencia. En primer lugar, nuestros cálculos más conservadores reportan que anualmente más de 13 mil mujeres han visto afectados sus derechos reproductivos debido a cesáreas

«El problema de cesáreas indebidas en el mercado privado de salud tiene un origen económico con consecuencias peligrosas sobre los derechos reproductivos de la mujer, además de sobrecostos en exceso en el sector»

«El shock negativo en los ingresos médicos post reforma ha aumentado los incentivos de los médicos a inducir cesáreas injustificadas clínicamente como un mecanismo de compensación a sus ingresos»

inducidas por el médico sin una justificación clínica. En segundo lugar, las cesáreas indebidas generan costos en exceso al sector privado que, según nuestras estimaciones más moderadas, son cercanos a 7 millones de dólares anuales. El costo en exceso es pagado principalmente por las empresas y por los hogares, lo que genera una desviación importante de recursos que podrían ser destinados a la inversión en salud o al aseguramiento con mayores coberturas.

Este estudio ha permitido identificar que el origen del elevado número de cesáreas es principalmente económico y, por lo tanto, su solución debiera basarse en romper los incentivos generados por la asimetría de información en la relación médico-paciente-seguro. En ese sentido, se plantea cuatro planes de acción orientados a reducir los incentivos médicos y la desventaja en acceso a información de las pacientes.

- i) Los incentivos médicos se reducen con monitoreo. Las EPS o un comité de representantes de clínicas privadas en conjunto con la entidad reguladora de salud (SEPS o Minsa) pueden crear una instancia para auditar operaciones por cesáreas expost o para brindar una segunda opinión en el caso de cesáreas programadas. La experiencia en hospitales de Chile, Ecuador y Estados Unidos ha demostrado que estos programas de auditoría son efectivos. Cuando la ética profesional no es suficiente para evitar cesáreas indebidas, el monitoreo se convierte en un costo adicional para reducir el problema de demanda inducida.
- ii) Los incentivos médicos se reducen acortando el diferencial de ganancia entre un parto por cesárea y un parto vaginal. En esa línea, las EPS podrían cambiar su estructura de precios eliminando o reduciendo los incentivos monetarios que implica una cesárea. Una política de precios similar fue adoptada entre las organizaciones privadas administradoras de salud (HMO) en Estados Unidos, lo que generó una reducción considerable en la tasa de cesáreas. Esta medida, sin embargo, no resuelve el problema de incentivos no monetarios.

- iii) La desventaja informacional de la mujer se reduce con una mayor transparencia de información. Un importante problema de la reforma de salud es la débil regulación del sistema privado de salud, sobre todo en temas de revelación de información al mercado. Es recomendable obtener información médica de los servicios privados de salud, de manera que la SEPS o una institución técnica de reconocido prestigio pueda elaborar y difundir públicamente tasas de cesáreas ajustadas por riesgo clínico junto al ranking de las clínicas privadas y médicos con las tasas más altas de cesáreas. Esta práctica ha dado buenos resultados en diversas regiones de los Estados Unidos y su cobertura en términos de otros procedimientos médicos es cada vez más amplia. La difusión de tasas de cesáreas ajustadas por riesgo es un mecanismo para empoderar a las mujeres en su proceso autónomo de elección informada del parto.
- iv) La desventaja informacional de la mujer se reduce con mayor información pública. El gobierno y las organizaciones que promueven los derechos reproductivos de la mujer deben organizar programas orientados a informar al público acerca de los riesgos de las cesáreas, así como de las razones no clínicas que incentivan a un médico a sugerir una cesárea. La opinión pública debe estar alerta ante la amenaza que implica una elevada tasa de cesáreas sobre los derechos reproductivos de la mujer y sobre las complicaciones postparto y sobre un mayor riesgo de muerte para la madre y para el recién nacido. En ese sentido, campañas de opinión pública como “la semana mundial de respeto al parto” o “la semana en contra de las cesáreas innecesarias” permiten reforzar las preferencias de las madres por el parto natural y generar una mayor resistencia a la influencia médica. Los esfuerzos de relaciones públicas para diseminar información acerca de la problemática

de las cesáreas a líderes de opinión son también relevantes.

Este estudio muestra que el problema de cesáreas indebidas en el mercado privado de salud tiene un origen económico con consecuencias peligrosas sobre los derechos reproductivos de la mujer, además de sobrecostos en exceso en el sector. La reforma del sector privado de salud ha generado un incremento en la tasa de cesáreas sin ofrecer una adecuada regulación y supervisión para controlar el problema. Es importante establecer políticas públicas dirigidas a romper el origen económico del problema, que descansa en incentivos médicos y en una desventaja informacional de la mujer. Es urgente tomar acciones que reviertan la tendencia actual de las cesáreas en el Perú antes de que se llegue a una verdadera epidemia de cesáreas que ataque a los sectores de ingresos más altos del país.



Foto CIES

Este estudio muestra que el problema de cesáreas indebidas en el mercado privado de salud tiene un origen económico con consecuencias peligrosas.