

Demanda inducida en los servicios de salud: Entre la ética y el negocio deshonesto

Induced demand in healthcare services: Between ethics and dishonest business

Juan Morales ^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades, Centro de Investigación eHealth. Lima, Perú.

^a Médico, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Digital, Doctor en Medicina.

Información del artículo

Citar como: Morales J. Demanda inducida en los servicios de salud: Entre la ética y el negocio deshonesto. Health Care & Global Health.2025;9(1).

DOI: 10.22258/hgh.2025.91.185

Autor de Correspondencia:

Juan Morales

Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.

Email: mdjuanmorales@gmail.com

Teléfono: +51 989521832

Historial

Recibido: 23/02/2025

Revisado: 23/02/2025

Aceptado: 05/03/2025

En línea: 06/03/2025

Revisión por pares interna: No

Revisión por pares externa: No



En el Perú, términos como “tajada”, “diezmo” y otros equivalentes se han hecho muy populares en distintos ámbitos ^{[1][2]}. El diezmo se orienta hacia actos de corrupción o soborno. Sin embargo, en un país con un historial de corrupción ^[3], términos como “demanda inducida”, un concepto propio de la economía de la salud, podría interpretarse como una forma encubierta de estas prácticas. Su impacto en el sistema sanitario y la confianza en los profesionales de la salud merecen una apreciación crítica.

En diversas localidades del país se han experimentado y/o percibido situaciones que evidencian dicho fenómeno. A continuación algunos ejemplos cotidianos.

Hace algunos años, un profesional de la salud que instaló un laboratorio en una ciudad del interior del País, mencionaba que debía ofrecer una “tajada” a los médicos del hospital por recibir derivaciones de pacientes.

En Lima, un representante de un establecimiento privado ofrecía incentivos económicos por cada solicitud de exámenes de laboratorio, radiografías o ecografías, manejando un tarifario según el tipo de procedimiento. De manera similar, una promotora de un policlínico ofrecía servicios de tomografía con recompensas monetarias por cada solicitud derivada o, en algunos casos, una remuneración fija mensual sujeta a un número mínimo de solicitudes.

Otro caso involucró a un médico que comentaba cómo un colega generalista percibía altos ingresos en una clínica privada al derivar a los pacientes desde los servicios de emergencias hacia las áreas de observación, hospitalización, monitoreo cardíaco e interconsultas, generando aparentemente comisiones por cada servicio indicado.

En el servicio de odontología de un establecimiento del primer nivel de atención, un profesional solicitó una radiografía panorámica y derivó el estudio a un centro privado reconocido. Sin embargo, al retornar al servicio con la imagen radiográfica, su inspección ultrarrápida en un ambiente con iluminación inadecuada y sin el uso del negatoscopio dejó en evidencia que el examen no tenía un propósito clínico real.

En hospitales públicos, algunos usuarios han recibido indicaciones para realizar exámenes en centros privados distantes sin justificación aparente. Un caso particular ocurrió en Callao, donde un especialista indicó a un paciente realizarse una tomografía en un establecimiento situado en San Juan de Lurigancho, un distrito ubicado a kilómetros de distancia.

Los propios pacientes también pueden ser actores en la demanda inducida. Existen usuarios que exigen medicamentos de marca en lugar de genéricos o demandan estudios innecesarios bajo la creencia de que un mayor número de exámenes garantiza una mejor atención. En una clínica privada, se dio el caso de una persona conocida de los directivos que utilizó los servicios de emergencia. El paciente reportó a los directivos que ningún médico le había ofrecido hospitalización o estudios adicionales, lo que generó cuestionamientos internos en el servicio.

Si recopilamos las experiencias de profesionales de la salud y pacientes, la lista de casos de demanda inducida podría ser interminable. A modo de ejemplo, algunas prácticas frecuentes incluyen: la indicación por parte de jefes de establecimientos, farmacias o laboratorios, de realizar determinados exámenes o prescribir medicamentos con fecha

de caducidad cercana; la elección de la vía de administración de un fármaco basada en criterios no clínicos; la realización de cesáreas electivas en lugar de partos vaginales; y la preferencia por procedimientos quirúrgicos en lugar de alternativas conservadoras, entre otros. En el primer nivel de atención, es común que los pacientes que requieren una reevaluación médica u obstétrica presenten exámenes de laboratorio y ecografías realizadas en centros privados. En el caso de gestantes, esta situación es aún más evidente: muchas llevan consigo un folder plastificado con múltiples ecografías de diversas características, hasta con registro del código de identificación del profesional que solicitó el examen, lo que sugiere una posible sobreutilización de estos servicios.

La demanda inducida se define como la generación de necesidades artificiales de servicios de salud, muchas veces innecesarios, por parte de los proveedores, quienes ejercen su influencia sobre los pacientes [4]. Este fenómeno es multifactorial y responde a deficiencias en el sistema sanitario, como la falta de regulación efectiva, el débil control del desempeño profesional y la ineficaz implementación de políticas de salud. También influyen la participación de las aseguradoras, prestadores de servicios y la propia expectativa del usuario [5].

En cuanto a los medicamentos, la demanda inducida está influida por factores como la asimetría de información, el conocimiento limitado del profesional, la expectativa del paciente para la prescripción de medicamentos específicos, y el bajo nivel de alfabetización en salud de los pacientes [6]. Respecto a los exámenes ecográficos, entre poblaciones vulnerables, como gestantes de minorías étnicas, se ha observado que muchas mujeres llegan a realizarse entre 8 y 10 ecografías durante el embarazo [7].

El fenómeno de la demanda inducida se sustenta principalmente en la asimetría de información entre los profesionales de salud y los pacientes [8], lo que genera

costos incontrolables para los usuarios [9]. El incentivo financiero es el motor principal de esta práctica [6]. El incremento de la tasa de hospitalización y las pruebas diagnósticas son alternativas de generación de ingresos [9]. Los casos mencionados de ninguna manera representan al accionar de la mayoría de los médicos ni de los profesionales no médicos. Sin embargo, son prácticas que pueden socavar la imagen de los profesionales de la salud y del sistema de salud. Toda prescripción, procedimiento o examen debería responder exclusivamente a criterios clínicos, garantizando un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

A pesar de estas problemáticas, la mayoría de los médicos en el Perú ejercen su labor con integridad, muchas veces enfrentando condiciones adversas y utilizando herramientas desactualizadas [10]. Además, no es una práctica rara que los profesionales de la salud brinden ayuda con su propio peculio a ciertos pacientes considerados dignos de apoyo y que enfrentan dificultades económicas. Merecen todo nuestro reconocimiento y admiración.

La práctica médica y de todo profesional de la salud debe continuar priorizando el bienestar del paciente acorde a la realidad socioeconómica de la familia, fortaleciendo la confianza en la comunidad médica y promoviendo una gestión eficiente y ética de los recursos sanitarios.

Información Complementaria

Contribución de los autores: JM es el único responsable de la redacción del presente trabajo.

Conflicto de interés: El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos: Ninguno.

Disponibilidad de datos: No aplica.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Referencias

1. Oré C. El 'diezmo' de los partidos políticos: alcaldes y congresistas tienen que dar hasta 10% de su sueldo a la organización. Infobae. 2023; Available from: <https://www.infobae.com/peru/2023/04/30/el-diezmo-de-los-partidos-politicos-alcaldes-y-congresistas-tienen-que-dar-hasta-10-de-su-sueldo-a-la-organizacion/>
2. Jara V. El cobro de 10 % por coimas llega a casi S/ 100 mlls. en La Libertad. La Industria. 2018; Available from: https://www.iee.edu.pe/doc/publicaciones/articulos/104--2018_04-Las_coimas_en_La_Libertad-IEE.pdf
3. Quiroz AW. Historia de la corrupción en el Perú. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos; 2013.
4. BIREME / OPS / OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. Ed. 2024. Sao Paulo (SP). 2024. Available from: <https://decs.bvsalud.org/es/>
5. Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Hasanzadeh E, Radinmanesh M, Bahador RC. The main factors of supplier-induced demand in health care: A qualitative study. J Educ Heal Promot. 2021;10(Feb 27):49. doi: 10.4103/jehp.jehp_68_20.
6. Mohamadloo A, Zarein-Dolab S, Ramezankhani A, Salamzadeh J. The main factors of induced demand for medicine prescription: A qualitative study. Iran J Pharm Res. 2019;18(1):479–87.
7. McBride B, Kane S, O'Neil J, Nguyen LT. The best healthcare (commodity) available (for purchase): provider-induced demand for obstetric ultrasonography among ethnic minority women in rural northern Vietnam. AJOG Glob Reports. 2024;4(3). doi:10.1016/j.xagr.2024.100375.
8. Bakhnivskyi V, Furman F. Physicians induced demand in the primary health care level. Wiad Lek . 2018;71(7):1385–91.
9. Zhou M, Zhao S, Fu M. Supply-induced demand for medical services under price regulation: Evidence from hospital expansion in China. China Econ Rev. 2021;68(August):101642. doi:10.1016/j.chieco.2021.101642.
10. Soto Alonso. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(2):304–11. doi:10.17843/rpmesp.2019.362.4425.