Si quiere modificar la utilización en atención primaria, actúe sobre la oferta. Hay gorrones (pacientes) e inductores (médicos), pero los segundos cambian más la dinámica de las consultas

Dijk CEV, Berg BVD, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Bakker DH.

Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice.
Health Econ. 2013;22:340-52 DOI:10.1002/hec.

Marco

Los médicos tienen un extraordinario poder de decisión, pues en clínica las situaciones son tan distintas que el buen trabajo exige guiarse por el "no hay enfermedades sino enfermos". Por ello los pacientes se "entregan" a los médicos, para que tomen decisiones como si fueran las de los propios pacientes con su conocimiento profesional (relación de agencia). Es decir, existe una asimetría de la información que en su extremo puede llevar a que los médicos tomen decisiones (consciente o inconscientemente) más en su propio beneficio que en el del paciente, y hablamos de demanda inducida, y de "médicos inductores". Si el paciente llegara a ser consciente de tal inducción se quebraría la confianza, cuestión central en la relación médico-paciente. Por ello a los médicos les repugna la existencia de demanda inducida. Pero haberla, hayla, como reflejó Fusch con gracia en su parábola (1). Además, los pacientes bien informados también pueden conocer a fondo la normativa y "utilizar" en su provecho los servicios médicos (en exceso y/o innecesariamente) de forma que el aumento del gasto no repercuta en su bolsillo (riesgo moral que permite calificar de "gorrones" a los aprovechados). Hay muchos estudios sobre la cuestión pero pocos consideran al tiempo estas "dos colas" (inductores y gorrones).

Objetivo

En Holanda el médico general es profesional independiente que tiene el monopolio del primer contacto, de forma que es filtro para la atención por los especialistas. Todos los holandeses deben estar registrados con un médico general. Antes de 2006 los pacientes con ingresos medios-bajos (el 62% de la población) tenían un médico general que cobraba por capitación de un sistema de seguridad social sin co-pagos, mientras que el 38% restante de la población tenía seguro privado que pagaba por acto al médico general, en algunos casos con fuertes co-pagos. Con la reforma de 2006 para introducir competencia y efectividad, los médicos generales pasaron a cobrar por todos los pacientes mediante una mezcla de capitación y pago por acto y los co-pagos se anularon. La aseguradora paga 52 euros "por cabeza", más 9 euros por cada consulta (y cantidades varias por llamadas telefónicas, correos-e, visitas a domicilio y otros casos). Se impuso un seguro básico obligatorio para todos los pacientes, con un pago mensual de entre 80 y 100 euros. Los autores estudian el impacto de la reforma suponiendo que 1) los pacientes de clase alta y menores de 65 años utilizarían más los servicios del médico general a propia iniciativa (al haberse eliminado los co-pagos) y 2) los pacientes de clase baja-media mayores de 65 años y con enfermedades crónicas utilizarían más los servicios a iniciativa del médico general (como forma de incrementar sus ingresos).

Tipo de estudio y métodos

El estudio fue observacional, de diseño "antes-después". Se siguieron a 32 centros de salud (consultas individuales o agrupaciones de 2-3 médicos) y 35.336 pacientes que mantuvieron su registro tres años seguidos (2005-07). Los centros tenían que tener historia clínica electrónica y pertenecer a la "Netherlands Information Network of General Practice", una agrupación de centros de salud que registra electrónicamente la morbilidad, prescripción de medicamentos y derivaciones a especialistas. Se obtuvieron datos sobre la clase económica y nacionalidad de los pacientes de un registro específico y se asignaron mediante el código postal, sexo y fecha de nacimiento. Para distinguir las consultas iniciadas por el paciente/por el médico se distinguió entre "motivo de consulta" nuevo y conocido, lo que permite elaborar "episodios de atención" ligando las consultas sucesivas al primer encuentro por dicho "motivo de consulta" (en la consulta, por teléfono o a domicilio). Como variables de control se emplearon respecto al paciente edad, sexo, presencia de cronicidad, comorbilidad (2 o más tipo enfermedad cardiovascular, mental, asma-EPOC y diabetes mellitus), grado de urbanización del lugar de residencia, nacionalidad e ingresos; respecto a los médicos, el tamaño del grupo del centro de salud, presencia de enfermera en el mismo y grado de implantación del sistema de información. Se analizaron independientemente los cambios en las consultas iniciadas por el paciente (riesgo moral) y las iniciadas por el médico (demanda inducida).

Resultados

Se demostró un aumento de los episodios de atención iniciados por los pacientes de clase alta, pero en el grupo de 65-75 años, un 10% entre 2005 y 2007 (no se cumplió la hipótesis que suponía un mayor riesgo moral para los más jóvenes y mejor informados). Se demostró la hipótesis que suponía demanda inducida pues hubo un aumento de los episodios de atención iniciados por el médico para los pacientes de clase baja-media (el 21% comparando 2005 contra 2007, frente al 15% en los pacientes de clase alta).

Financiación. Dutch Ministry of Health.
Correspondencia: c.vandijk@nivel.nl

COMENTARIO

Conocemos de antiguo (y de ahora) la capacidad de inducir demanda por parte de médicos generales y especialistas, así como de las organizaciones (2-4). Este trabajo demuestra que el cambio en los contratos para la utilización de los servicios del médico general tiene más impacto en la inducción de demanda por los médicos que en el riesgo moral de los pacientes.

Juan Gérvas
Médico general, Equipo CESCA, Madrid, España

(1) Fusch VR. Physician-induced demand: a parable. J Health Econ. 1986;5:367.
(2) Roemer, MI. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment Hospitals. 1961 Nov 1;35:36-42.
(3) Delamater PL, Messina JP, Grady SC, WinklerPrins V, Shortridge AM (2013). Do More Hospital Beds Lead to Higher Hospitalization Rates? A Spatial Examination of Roemer's Law. PLoS ONE 8(2): e54900. doi:10.1371/journal.pone.0054900.
(4) Maynard A. The private healthcare market isn't working. Transparency in pricing and the quality of patient care.http://www.the guardian. com/commentisfree/2013/aug/29/private-healthcare-market-competition-commission