

# El fundamento científico de la función de filtro del médico general

El comentario del Dr. Elias<sup>1</sup> a nuestro trabajo sobre el papel de filtro del médico general<sup>\*2</sup> nos obliga a aguzar la inteligencia, pues plantea cuestiones interesantes e importantes, a las que intentaremos responder. Entre ellas:

1. ¿La función de filtro tiene fundamento científico, en el sentido de ser algo cierto con independencia de la sociedad y la cultura?. Es decir, ¿es beneficioso que el médico general sea filtro de la demanda a los especialistas en distintos sistemas de salud, más o menos establecidos, con diferentes recursos materiales y financieros?. No hay datos, no hay resultados empíricos, no hay experimentación para responder a esta cuestión clave. De hecho, nos fue muy costoso encontrar los datos que aportamos en nuestra publicación<sup>2</sup>, pues falta investigación sobre la función de filtro del médico general incluso en los países desarrollados en los que existe. No obstante, creemos que los ejemplos demuestran que *probablemente* haya fundamento científico para dar el papel de filtro a los médicos generales en todos los países del mundo. Además, tampoco sabemos de las ventajas de eliminar la función de filtro del médico general, por lo que conviene mantenerla, incluso en momentos de duda, como en la actualidad en el Reino Unido, donde existe la amenaza de la “libertad del consumidor” y las expectativas de aplicaciones de tecnología de la información que parecen omnipotentes<sup>3</sup>.
2. ¿Es posible definir elementos que ayuden en el análisis y la comparación de la función de filtro en distintos países y organizaciones?. Es posible, pero de nuevo es cuestión poco estudiada. Nos

falta el entramado intelectual, la conceptualización necesaria. Sin embargo, al menos podemos hablar, como subraya el Dr. Elias<sup>1</sup>: a) del filtro personal, familiar y del médico general; b) de la concatenación del trabajo del médico general y del especialista; c) del valor predictivo y del cociente de verosimilitud del trabajo de médico general y especialista; d) de la complejidad y urgencia en la selección de pacientes a derivar; y e) de la influencia de la capacitación del médico general y de su acceso a pruebas diagnósticas. Por otra parte, esta ignorancia es sólo reflejo de lo mucho que desconocemos respecto al trabajo de los especialistas<sup>4</sup>. Sabemos poco de lo que hacen los médicos generales, muy poco del proceso de derivación al especialista (con y sin filtro), y casi nada del trabajo mismo de los especialistas.

3. ¿Depende la función de filtro del médico general de la riqueza de los países?. Es decir, para que el médico general tenga la función de filtro, ¿es necesario que el país esté bien desarrollado, tenga un sistema sanitario consolidado, y ponga a disposición del médico general recursos diagnósticos y terapéuticos suficientes?. La respuesta es negativa, pero sin certeza empírica. De hecho, los países en los que los médicos generales tienen de antiguo la función de filtro, como Dinamarca, España, Holanda, y el Reino Unido, atribuyeron esa función al primer nivel en circunstancias de gran penuria, a mediados del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, con los países destrozados. Es decir, los políticos tomaron la decisión cuando la situación era adversa en la economía de post-guerra. Fue una decisión en cierta

\* En Europa, la Medicina General es una especialidad que exige cuatro años de post-grado, y que se llama Medicina de Familia en algunos países, como España, y en otros Medicina General, como en Dinamarca, Holanda y el Reino Unido. Con el nombre de “médico general” englobamos tanto a los médicos de familia como a los médicos generales.

forma “paternalista” (para proteger a la población del uso innecesario de los especialistas) y en cierta forma económica (para controlar el gasto). La sociedad lo admitió, pues los médicos generales tenían prestigio y la confianza de la población. Décadas después, a principios del siglo XXI, los más ricos de esas sociedades suelen ir directamente al especialista, mediante pólizas privadas o por otros mecanismos<sup>5-7</sup>, pero se ha demostrado un uso más racional del mismo en el sistema público, en que el médico general tiene función de filtro<sup>6</sup>. El uso innecesario, abusivo y directo de los especialistas por la clase alta conlleva el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, el exceso de pruebas y tratamientos, lo que disminuye *probablemente* la salud de los ricos<sup>8</sup>. Se demuestra bien, por ejemplo, en las mujeres, muy aficionadas a ir al ginecólogo sin necesidad y sin filtro, a los “chequeos”<sup>9</sup>. Y

4. ¿Exige la función de filtro una especial capacitación del médico general, unos recursos abundantes a su disposición, y el acceso a pruebas diagnósticas?. Desde luego, la función de filtro exige médicos generales bien capacitados, muy polivalentes, al día en conocimiento científico clínico, y prestigiados socialmente. Pero esto se puede dar (y no dar) en países desarrollados y en países en desarrollo, pues no exige recursos especiales. Exige, eso sí, mucha prevención “cuaternaria”. Por ejemplo, para mantener a salvo del especialista al 40% de la población que tiene dolor lumbar a lo largo del año, sólo se necesitan saber los principios básicos de la entrevista clínica y la exploración física, para retener en la comunidad, en la familia, a los que no tienen signos de “alarma” (tipo fiebre o antecedentes de traumatismo)<sup>10</sup>. De hecho, en este

ejemplo, el acceso a radiología es generalmente innecesario y peligroso. En otro ejemplo, de dolor abdominal, para mantener alejados de los especialistas al 40% de los casos que se resuelven espontáneamente, también son clave la entrevista clínica y la exploración física, con que se descartan los casos sin signos de “alarma” (tipo masa abdominal, o rectorragia). De hecho, en este ejemplo, es generalmente innecesario y peligroso el acceso a la tomografía axial computarizada<sup>11</sup>. Lo que se precisa es conocimiento, capacitación clínica, polivalencia, y un cierto grado de pragmatismo, para que el médico general se centre en el buen trabajo clínico, cuyo objetivo es eliminar la morbilidad, la mortalidad y el sufrimiento *médicamente evitable*. Ello exige renunciar a la demagogia en torno a la “comunidad”, y a la “colectividad”, y contribuye a disminuir la confusión entre atención clínica, salud comunitaria, salud pública y política sanitaria, que tanto conviene a los que temen la clínica, la incertidumbre y el trabajo con los pacientes<sup>12</sup>. Además, la función de filtro tiene de por sí un componente de salud pública, de prevención cuaternaria<sup>12</sup>, ya que evita el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con nuestros pacientes, que puede llevar a límites que rozan lo delictivo (el delito, por crueldad), por ejemplo, en el dolor abdominal en niños, cuando los padres se empeñan en “aclarar” el caso y llegar a un diagnóstico, sin que haya médico general que los frene<sup>13</sup>.

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández  
Médicos generales, Equipo CESCA  
(Madrid, España)  
jgervasc@meditex.es

---

## Referências

1. Elias P. O universal e o particular na função do médico geral. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 8(4): 485-7.
2. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8 (2): 205-18.

3. Shaw N, Hegedus G. The National Programme for Information Technology. The GP as a gatekeeper. A bastion with fighting for?. *Br J Gen Pract* 2005;55:85-6.
4. Starfield B. Research in general practice: comorbidity, referrals, and the roles of general practitioners and specialists. *SEMERGEN* 2003;29 (Supl):7-16.
5. Doorslaer E, Colman X, Puffer F. *Equity in the use of physician visits in OECD countries has equal treatment for equal need been achieved?* En: Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002, pág. 222-48.
6. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ* 2004;13:698-703.
7. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005;35:87-90.
8. Gervas J. Oportunidades clínicas para compensar el impacto de las diferencias sociales en salud. *Salud2000* 2004;98:9-12.
9. Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN* 1999;25:239-48.
10. Seguí M, Gervas J. El dolor lumbar. *SEMERGEN* 2002;28:21-41.
11. Master S, Longtreth GF, Liu AL. Results of computed tomography in family practitioners' patients with non-acute abdominal pain. *Fam Pract* 2005;22:474-7.
12. Gervas J. Cuidados primarios de saúde na Europa: tendencias atuais. *Rev Bras Epidemiol* 2004;7(3):350-69.
13. Lindley KJ, Glaser D, Mills PJ. Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: lessons from children. *Arch Dis Child* 2005;90:335-7.

---

## Primary Care: the Filter

Gervas and Perez-Fernandez<sup>1</sup> provided the scientific rationale for the primary care physician as the “filter” in the medical care system. In their paper, they review the evidence that the functions of the primary care physician reduce unnecessary consultations with specialists, thus reducing the burden on specialists and releasing their time to deal with patients who can best benefit from their services.

In his commentary on the Gervas/Perez-Fernandez paper, Campos<sup>2</sup> argues against the filter on the grounds that it does not allow for responsiveness to demand. In fact, it is one of the purposes of the filter to respond to needs rather than to demands. In health care, “demand” has been responsible for great variability in the receipt of health services because the most socially advantaged are in a better position to express demands than are the social disadvantaged, thus leading to the inverse care law. The studies of Van Doorslaer and colleagues<sup>3</sup> have shown that almost all

OECD countries have eliminated inequities in use of primary care services, but few have eliminated inequities in receipt of specialty care, even those countries in which primary care serves as the point of first contact (“the filter”). Although equity of access for people who need specialty care is an appropriate goal, responsiveness to demand is not an appropriate goal.

An unanticipated result of responsiveness to demand for specialty care is the danger of adverse effects from unnecessary and excessive interventions, particularly when they are administered to people with low likelihood of benefit. In medical care, more is not necessarily better; it is often worse. A variety of studies show that there is no advantage to expanding the supply of specialists in areas already well supplied.<sup>4</sup> Counties within the US, already oversupplied with many types of specialists, are also prone to fragmented care, manifested as a result of people seeing many physicians with consequent lack of