

DEBATE

La función de filtro del médico general y el papel de los especialistas en los sistemas de salud

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández

Médicos generales
Equipo CESCA
Madrid, España

El comentario de la Dra. Starfield¹ a nuestro trabajo sobre el fundamento científico de la función de filtro del médico general², pone el énfasis en una cuestión clave: el papel de los especialistas en los sistemas de salud.

En nuestro artículo original ya señalábamos la ignorancia respecto a cuatro cuestiones básicas en el análisis de la función de filtro del médico general:

- La evolución de la historia natural de las enfermedades, incluso la evolución de las muy frecuentes.
- El largo camino que transcurre entre el inicio de los signos y síntomas y la decisión del paciente de consultar a su médico general.
- El proceso diagnóstico (la toma de decisión) que lleva al médico general a derivar a un paciente.
- La contribución a la resolución del problema de la ayuda del especialista.

Pues bien, nos centraremos en la última cuestión, a la que también hemos dedicado un apartado específico en la respuesta al comentario del Dr. Elías³. El problema es importante en lo teórico y en lo práctico. Por ejemplo: ¿es mejor para la salud de la población que haya 281 especialidades médicas, como en Georgia, o que haya 41, como en España?. ¿Cuál es la cifra ideal cuando se tienen en cuenta las necesidades de la población?.

La clave de las preguntas en torno a los especialistas y su papel en el sistema sanitario es la valoración de su impacto en la salud. Por ejemplo, y respecto a una intervención eficaz que señala la Dra. Starfield¹ ¿es bueno para la salud de la población que las tasas, estandarizadas por edad y sexo, de artroplastia de cadera en mayores de 65 años varíen según áreas geográficas de salud en España entre 10 y 36 por cada 10.000 habitantes?⁴

¿Dónde sobran o faltan prótesis de cadera?.

Este es un caso paradigmático en el que no conocemos ni la historia natural de la enfermedad (artrosis de cadera), ni el lar-

go recorrido entre el síntoma (dolor, minusvalía para desplazamientos) y la consulta al médico general, ni el proceso de decisión del médico general para la derivación del paciente. Sabemos, eso sí, que la artroplastia de cadera es una intervención eficaz *cuando está correctamente indicada*.

Podemos sospechar que hay gran variabilidad en la indicación de artroplastia de la cadera. ¿Qué nos dice esa variabilidad sobre el defecto o el exceso de especialistas, o de su actividad, en un sistema de salud como el español, de financiación y provisión pública, donde el especialista cobra por salario y el paciente no paga nada ni por la hospitalización ni por la intervención, ni por los medicamentos?. Quizá que los especialistas (y los pacientes) se ciegan con el brillo de la tecnología (la hipótesis de la "fascinación tecnológica")⁴. Quizá que incluso *las intervenciones eficaces se emplean inapropiadamente*.

En suma, que no entendemos bien el papel de los especialistas en los sistemas de salud. Y es importante entenderlo, si queremos responder a las necesidades de salud de la población.

Por último, respecto a otra cuestión que suscita la Dra. Starfield, la ley de cuidados inversos se cumple inexorablemente, incluso en los sistemas de salud de los países desarrollados, donde toda la población tiene financiación pública, por sistemas públicos (con la notable excepción de los EEUU).

Es cierto que el médico general deriva mejor al especialista que el propio paciente, tanto para las consultas de los especialistas como para urgencias^{2,3}, y que hay un sesgo pro-pobre en la atención primaria de algunos países desarrollados, pero la ley de cuidados inversos se sigue cumpliendo tal y como la enunciara en 1971 Julian Tudor Hart, médico general rural inglés⁵: "cuantos más cuidados precisa un paciente, menos recibe; y esto se cumple más cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario".

El papel de filtro es una ayuda para

mejorar la equidad en el acceso a los especialistas, pero quizá sea más importante la asignación de una población, y el pago por capitación para revertir la ley de cuidados inversos (en lo que pueda hacerlo

la atención primaria). Pero ésta es cuestión que sobrepasa el contenido de nuestra respuesta, sobre la que puede leer el lector interesado en esta misma revista^{6,7}.

Bibliografía

1. Starfield B. Primary care: the filter. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1): 149-51.
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. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general [carta]. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1): 147-9.
4. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud?. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1): 110-6.
5. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696): 405-12.
6. Gérvas J. Cuidados primarios de saúde na Europa: tendências atuais. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3): 350-69.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1): 147-9