



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTAS AL DIRECTOR

Sobre la gestión de las interconsultas entre atención primaria y especializada

Management of referrals between primary and specialised care

Sr. Director:

Tras la lectura del artículo de Báez Montilla et al.¹, en el que exponen algunas de las características de las interconsultas de atención primaria a especializada en el área de salud de Toledo, queremos exponer algunas consideraciones.

Antes de ello, felicitamos a los autores del trabajo por abordar un aspecto fundamental de la asistencia sanitaria, y que, con independencia del ámbito local en que se ha realizado, creemos que refleja, en lo sustancial, la realidad más amplia de las interconsultas de atención primaria a especializada, uno de los actos médicos cuantitativamente más relevantes.

A nuestro criterio, existe una gran variabilidad en la planificación y gestión de las agendas de las consultas externas, que afecta, entre otros aspectos, al escaso porcentaje de servicios clínicos que participan directamente en la programación y gestión de las mismas; a los muy diferentes límites temporales en los que están abiertas las agendas, al notorio porcentaje global de desprogramaciones —reflejo de una deficiente planificación y gestión de las agendas y causante de insatisfacción de los usuarios y de demoras sobreañadidas— o a la enorme heterogeneidad de los procedimientos y de los circuitos tanto de las primeras consultas como de las sucesivas.

Todo lo anterior supone, sin duda, una disfunción diaria en la imprescindible cooperación entre atención primaria y atención especializada, y una merma en la calidad asistencial que a todos nos obliga.

Compartimos la mayoría de las afirmaciones que se presentan en el trabajo, tanto respecto a los comentarios sobre los motivos de la interconsulta, como a la conveniencia del acceso a las pruebas complementarias por parte de atención primaria, así como a los factores que explican la creciente

demanda ciudadana para ser estudiados en atención especializada.

Sin embargo, nos ha sorprendido que los autores no lleven a cabo comentario alguno sobre el hecho de que solo el 47,4% de las interconsultas a atención especializada fueran, en realidad, primeras consultas; o de que, por ejemplo, casi el 30% de las derivaciones (como primeras consultas) fueran de pacientes con reiteradas consultas previas por la misma sintomatología en atención especializada.

Salvo matices que pudieran escapárenos del análisis de los datos que presentan, lo anterior refleja un problema en el seguimiento de los pacientes por parte de atención especializada. Entendemos que los servicios clínicos tienen, entre sus responsabilidades, la planificación y la estabilidad de las agendas de las consultas externas, la elaboración de los informes clínicos correspondientes, cuando menos, en el momento del alta, y —algo fundamental para lo que ahora nos ocupa— la gestión operativa de las consultas sucesivas, lo que debe llevar aparejada la asignación de la cita para la consulta de revisión en el mismo momento en que esta se plantea, es decir, en la propia consulta.

De otra manera, y dejando a un lado la incertidumbre que con frecuencia se genera en el paciente, las consultas de atención primaria seguirán acogiendo a pacientes cuyo único motivo de atención es conseguir la interconsulta para atención especializada. Correlativamente, las primeras consultas de este nivel estarán ocupadas en buena parte por pacientes ya conocidos —que deben disponer de un tramo horario y de unos tiempos diferentes—, lo que supone un incremento en las, a veces, inaceptables listas de espera para acceder a una primera consulta.

Creemos, en fin, que la corrección técnica y ética del acto de la consulta (exigible a los profesionales sanitarios) requiere de una planificación adecuada y de unas normas de gestión de las consultas externas, exigibles fundamentalmente a los responsables políticos, a los gestores y a los responsables de los servicios clínicos.

Bibliografía

1. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *Semergen*. 2013;39:89–94.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semergen.2012.02.013>

J.M. Prieto de Paula^{a,*}, C.G. Escudero Piñeiro^a,
J.M. Romo Gil^b y S. Franco Hidalgo^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico
Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Admisión, Complejo Hospitalario de Palencia,
Palencia, España

^c Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario
de Palencia, Palencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es
(J.M. Prieto de Paula).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.03.011>

Anotación sobre coste-eficacia real y diaria

Notes on real and daily cost-efficiency

Sr. Director:

Ante todo, felicitar a los autores del artículo recientemente publicado en nuestra revista «Análisis coste-eficacia de los antihipertensivos en dosis fija»¹. Demuestran de forma científica algo que ya es bien conocido por los clínicos que manejamos en el día a día la hipertensión y sus consecuencias: el uso de asociaciones de fármacos facilita el cumplimiento terapéutico y, por ende, los resultados en salud.

De todas formas, he echado en falta un concepto de digna mención: la aplicación más frecuente de los costes del tratamiento para el paciente. Dado que el grueso de los pacientes es atendido bajo el sistema sanitario público (en la forma especial y específica de cada uno de los «reinos de taifas» que cada comunidad autónoma tiene a bien facilitar por sus servicios sanitarios), se debería de haber realizado la anotación que a continuación detallo.

El coste final del tratamiento indicado es valorado y decidido finalmente por nuestro paciente. Todos sabemos que desde la prescripción al cumplimiento terapéutico efectivo se pasa por la farmacia y el pago de una cantidad por parte del paciente. Este dato es digno de conocerse y tenido en cuenta, pues todos conocemos que la gran parte de los

pacientes en situación activa pagan el 40% del coste del producto prescrito, excepto (entre otros) los antihipertensivos en presentaciones farmacéuticas con un único principio activo que al portar el cíclero, se benefician de precios más bajos (10% del precio de venta al público [PVP]) con un tope máximo fijado por envase de 2,64 €. De esta forma, las asociaciones quedan apartadas de este beneficio y son «penadas» con ese 40%.

En el caso de la asociación manidipino/delapril, que ha resultado ser mejor en cuanto a su coste-efectividad, podemos ver que la prescripción de la asociación en una presentación farmacéutica podría resultar gravada con un precio a pagar por buena parte de nuestros pacientes con 8,42 €, el mismo tratamiento en forma de 2 recetas con 2 comprimidos con las mismas dosis le costaría al paciente 5,28 €.

En mi práctica diaria, les informo a los pacientes de esta realidad y les doy a elegir una prescripción u otra. Sobre decir que en nuestras circunstancias económicas, la gran mayoría de ellos opta por 2 comprimidos y un coste real final menor (tabla 1) Estimo que estas connotaciones no son tenidas en cuenta por parte de nuestro plantel administrativo estatal central, ya que si se equipararan estos beneficios a las asociaciones de principios activos se mejoraría seguro el cumplimiento terapéutico y creo por ende los objetivos económicos en ahorros de envases y embalajes, tan solo con una visión simple de lo que nos acontece.

Bibliografía

1. García Ruiz J, División Garrote J, García-Agua Soler N, Morata García de la Puerta F, Montesinos Gálvez C, Avila Lachica L. Análisis coste-eficacia de los antihipertensivos en dosis fijas [Cost-effectiveness analysis of fixed dose antihypertensive drugs]. *Semergen/Sociedad Española de médicos de atención primaria* [Internet]. 2013 Mar [consultado 7 Apr 2013];39:77-84.

M.M. Ortega-Marlasca

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud San
Telmo, Servicio Andaluz de Salud, Jerez de la Frontera,
Cádiz, España

Correos electrónicos: mortegam@semergen.es,
marlasca@makyyo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.04.008>

Tabla 1 Comparación de precios en forma farmacéutica con o sin asociación de principios activos

	PVP	40%	Pago real
Manidipino 10 mg + delapril 30 mg	21,07	8,428	8,42
Manidipino 10 mg	8,87	3,548	2,64
Delapril 30 mg	13,11	5,244	2,64
Dos recetas	21,98	8,792	5,28

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.05.011>