

El gasto sanitario en atención primaria: además de la Cenicienta, el Patito Feo del cuento

Sr. Director: Queríamos felicitar a Simó Miñana et al¹ por su trabajo sobre la evolución del gasto sanitario en España (1985-2001), además de darles las gracias por expresar con claridad lo que muchos profesionales de la atención primaria pensamos: que los recursos económicos se siguen destinando mayoritariamente al ámbito hospitalario y que la famosa reforma de la atención primaria (evidentemente con aspectos muy positivos) es una nimiedad comparada con la verdadera reforma sanitaria de nuestro país, que ha sido la aproximación del gasto hospitalario a la media europea.

Al excelente trabajo de Simó Miñana et al sólo nos cabe añadir que los datos aparecidos después de su publicación no auguran cambios a nivel estatal o autonómico (como señalan los autores del trabajo¹, esta política es independiente de la adscripción política). Podemos citar algunos ejemplos, con la esperanza de no desmoralizar todavía más al lector. En Cataluña² el aumento en términos absolutos del presupuesto del CatSalut el año 2002 respecto a 2001 es del 6,9%, mientras que en la atención especializada es del 9,1%. En Madrid³ el presupuesto de gastos consolidado del año 2003 respecto a 2002 supone, asimismo en números absolutos, un aumento del 9,7% en atención primaria y del 12,9% en la atención especializada. En La Rioja³ el presupuesto de la atención especializada del año 2002 es casi 7 veces superior al de la atención primaria.

Parece que nuestros políticos siguen hipertrofiando a los hospitales y se han olvidado de la atención primaria¹, excepto para darnos una palmadita en la espalda y decirnos lo importantes que somos como eje del sistema sanitario. En relación con el comentario de que son los primeros y más llamativos ausentes de las salas de espera de la atención primaria¹, un compañero nos comentaba el caso de un conocido político, habitual de manifestaciones ciudadanas en

defensa de la atención primaria, pero que por un proceso infeccioso banal había acudido a un conocido hospital privado. Por otro lado, parece que sigue siendo más rentable políticamente (no desde el punto de vista sanitario) inaugurar hospitales o residencias para ancianos que invertir en atención primaria o en servicios sociales de apoyo a nuestros mayores.

Recientemente ha visitado nuestro centro un grupo de profesionales de atención primaria suecos. En su país (y en la mayoría de los países de la Europa desarrollada¹ con la que queremos converger) hace años que se decidieron por invertir de verdad con dinero contante y sonante en vez de con palabras vacías como en España. El resultado es que la atención primaria gestiona una parte muy importante del presupuesto sanitario. Nos dieron 2 ejemplos que explicamos a continuación y que pueden sonar en España a película de ciencia-ficción: los médicos/as de familia atienden unas 20 visitas al día, que previamente filtra el enfermero/a, el quien realiza todas las actividades preventivas, extiende la receta de Gelocatil® que necesita el paciente, etc. Los pacientes no pueden acudir al hospital por su cuenta si no tienen un volante de su médico/a de familia. Obviamente, no hay demora en las visitas, se dispone de elementos diagnósticos y terapéuticos en las consultas, etc.

En resumen, agradecemos a los autores del trabajo¹ su lucidez, aunque es inevitable que nos invada una cierta dosis de pesimismo, puesto que no parece que quienes deciden dónde se invierten los recursos vayan a cambiar su política de inversiones. ¿Tendremos por ello que considerar al hospital nuestro enemigo? Esperemos que no, pero cada vez más tenemos la impresión de que las decisiones presupuestarias siguen tomándolas personas vinculadas a los hospitales y que, por tanto, valga la expresión, barren para su casa. Por todo ello, mucho nos tememos que la atención primaria seguirá siendo, además de la Cenicienta, el Patito Feo de la sanidad española.

J.M. Baena Díez, M. Amatller
Corominas, D.K. Núñez Casillas
y B. Deixens Martínez

Área Básica de Salud Dr. Carles Ribas.
Barcelona. SAP Sants-Montjuïc-Sarrià-Les
Corts-Sant Gervasi. Barcelona. España.

1. Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. Aten Primaria. 2004;34:472-81.
2. Anuario de la Atención Primaria en España 2002. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico>
3. Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2003. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico>

Diagnosticar el síndrome metabólico, también en atención primaria: la glucemia basal y la hemoglobina glucosilada pueden ser insuficientes

Sr. Director: Hemos leído con interés el comentario editorial de Birules¹ sobre un artículo original recientemente publicado y premiado por su Revista, en el que Jimeno et al² estudian la viabilidad de diagnosticar tempranamente la diabetes mellitus tipo 2 utilizando el valor de la glucemia basal y la hemoglobina glucosilada A_{1c} (HbA_{1c}) de forma integrada. Lejos de evocar anacrónicos debates sobre la utilidad de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), los autores abordan una alternativa francamente atractiva desde la perspectiva asistencial. Porque, si bien es cierto que la PTOG es la prueba de referencia en la bibliografía, no suele ser habitual en nuestra atención primaria. Por ello es justo reconocer el meritorio esfuerzo metodológico realizado por Jimeno et al², pero también conviene insistir en alguna de las limitaciones que recoge el comentario editorial.

Los autores presentan una amplia muestra que catalogan como sujetos de riesgo alto, cuando en realidad se compone en su mayoría de pacientes diabéticos (el 78,4% de los 566 con factores de riesgo atendidos en su centro de salud o el 73,1% de los 454 incluidos finalmente), seguramente con un

Palabras clave: Gasto sanitario. Servicios sanitarios. Atención primaria.

Palabras clave: Prueba de tolerancia oral a la glucosa. Prediabetes. Síndrome metabólico.

tiempo de evolución prolongado (la HbA_{1c} media fue del 7,04% y la glucemia basal de 180 mg/dl, aun habiendo excluido previamente a 112 sujetos con valores superiores a 140 mg/dl), en los que usar la HbA_{1c} tiene ya más valor para su seguimiento que para su diagnóstico. Sin embargo, no indican a cuántos se diagnosticó directamente por glucemia basal y cuántos precisaron de la PTOG. Esta cuestión no es trivial, ya que sólo un análisis independiente de estos grupos permitiría aclarar si la glucohemoglobina aporta información suficiente para obviar la incómoda prueba. De lo contrario, el sesgo de inclusión de esta muestra podría estar sobrestimando la capacidad de la HbA_{1c} para el cribado temprano de la diabetes entre la población de mayor riesgo. Actualmente nuestro grupo evalúa la concordancia entre las categorías obtenidas utilizando la glucemia basal y tras 2 h de una PTOG con las procedentes de un registro continuo de 48 h, en sujetos de riesgo alto libres de diabetes con los criterios más tradicionales (proyecto RECORD)³. Pese a disponer tan sólo de datos de los primeros 20 casos, se constata una notable proporción de individuos «sanos» cuyos registros muestran valores indicativos de diabetes (≥ 200 mg/dl) durante un 25-30% del tiempo total de la monitorización. Por el contrario, otros sujetos situados en la prediabetes con las pruebas convencionales pasan el 95% de su tiempo de registro continuo en la más absoluta normalidad glucémica. Teniendo presentes estos datos, más allá de la discusión metodológica, seguramente tiene más interés clínico concentrar los esfuerzos en detectar el síndrome metabólico que en prolongar la retórica de cuál es la estrategia más adecuada para el diagnóstico de la diabetes. Varias instituciones han publicado recomendaciones para la identificación del síndrome metabólico, pero aún no se dispone de una norma aceptada universalmente. En esencia, las definiciones coinciden en la descripción de la mayoría de los elementos, pero difieren de forma sustancial en las causas predominantes y en las pruebas necesarias para establecer su diagnóstico⁴. Mientras que la tercera revisión del Adult Treatment Panel (ATP-III) considera la hiperglucemia (excluida la diabetes) un componente más, según las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para poder diagnosticar el síndrome meta-

bólico es indispensable demostrar resistencia a la insulina y/o hiperglucemia (basal o tras PTOG). Recientemente el National Heart, Lung, and Blood Institute y la American Heart Association han emitido un documento de consenso que armoniza ambas posturas⁵. Sus redactores describen los criterios del ATP-III como una herramienta práctica para identificar a sujetos con riesgo alto, pero también reconocen las ventajas de la propuesta de la OMS: en ausencia de hiperglucemia basal, confirmarla tras la PTOG permitiría reconocer a los pacientes con intolerancia a la glucosa, diabetes y síndrome metabólico, es decir, aquellos que concentran mayor riesgo cardiovascular. En nuestro medio, estos sujetos tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones (riesgo relativo de 16,6) y de desarrollar diabetes (riesgo relativo de 29,7) después de 5 años de seguimiento⁶. La propia American Diabetes Association, al tiempo que recomienda rebajar el valor de glucemia que define la normalidad (hasta 100 mg/dl), ha indicado que tanto la determinación basal como tras PTOG deben utilizarse como criterios diagnósticos⁷. A la vista de las opciones, lo más útil para el clínico sería disponer de una norma unificada que contemplase todas las dimensiones del síndrome, incluida la HbA_{1c} si las evidencias así lo avalan. Hasta entonces conviene recordar que, independientemente de las pruebas y/o criterios empleados, el rendimiento diagnóstico, aun siendo temprano, será insuficiente si no lleva aparejado una intervención efectiva. Por ello la prevención primaria debería incorporar programas que incidan en la modificación del estilo de vida fomentando hábitos más saludables, un modelo dietético y la práctica regular de actividad física⁸. Una propuesta terapéutica probablemente más fácil de enunciar que de implementar en las saturadas consultas de atención primaria.

**F. Martín Luján, B. Costa Pinel
y J.J. Cabré Vila**

Grupo de Investigación ITG/SM. Red de Investigación en Diabetes. Fundació Jordi Gol i Gurina. Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut. Reus. Tarragona. España.

1. Birules M. Validez de las pruebas diagnósticas de la diabetes. *Aten Primaria*. 2004;34:222-30.

2. Jimeno J, Molist N, Franch J, Morató J, Otzet I, Pons P. Diagnosticando la diabetes mellitus tipo 2: en atención primaria, con la glucemia basal y la hemoglobina glucosilada es suficiente. *Aten Primaria*. 2004;34:
3. Costa B, Vizcaino J, Piñol JL, Martín F, Cabré JJ, Basora J y el grupo RECORD. El proyecto RECORD (REgistro CONtinuo de la glucemia en sujetos de alto Riesgo para la Diabetes tipo 2). Diseño y aplicación en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. En prensa 2005.
4. Costa B, Cabré JJ, Martín F. Síndrome metabólico, resistencia a la insulina y diabetes. ¿Qué se oculta bajo la punta del iceberg? *Aten Primaria*. 2003;31:436-45.
5. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C, for the Conference participants. Definition of metabolic syndrome. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on scientific issues related to definition. *Circulation*. 2004;109:433-8.
6. Cabré Vila JJ. El síndrome plurimetabólico (síndrome X) como factor de riesgo cardiovascular en atención primaria [tesis doctoral]. Reus: Universitat Rovira i Virgili; 2004.
7. The Expert Committee on Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2003;26:3160-7.
8. De Backer G, Ambrosioni E, Broch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention. *Eur Heart J*. 2003;24:1601-10.

Utilización de inhibidores de la ciclooxigenasa 2

Sr. Director: En un reciente artículo de Lizán Tudela et al¹ se concluye que el paracetamol es más eficiente que el rofecoxib en la artrosis de rodilla leve-moderada. En el árbol de decisión de este estudio se considera que los inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) se usarán junto a gastroprotección cuando el paciente presente

Palabras clave: Rofecoxib. Artrosis de rodilla. Coste-efectividad.

dispepsia como efecto adverso después de haber iniciado el tratamiento. Probablemente los resultados serían todavía más favorables al paracetamol si se hubiese tenido en cuenta que en la práctica clínica habitual los inhibidores de la COX-2 se usan asociados a gastroprotección en altos porcentajes sin necesidad de que se produzca dispepsia como efecto adverso. Estudios descriptivos han encontrado que los inhibidores de la COX-2 se utilizan asociados a gastroprotección entre el 17 y el 25% de los casos^{2,3}. De éstos, la mayoría tomaba la asociación desde un inicio, sin necesidad de que se presentase dispepsia. Aunque no existe evidencia científica de que asociando un gastroprotector a un inhibidor de la COX-2 se consiga reducir el porcentaje de complicaciones ulcerosas, la asociación de un inhibidor de la COX-2 con omeprazol se ha recomendado en España para pacientes con enfermedad ulcerosa previa⁴. Para poder extrapolar correctamente los resultados de un análisis farmacoeconómico a una población es importante que no existan grandes divergencias entre el modelo farmacoeconómico y las condiciones de la práctica clínica habitual. Análisis farmacoeconómicos recientes sobre los inhibidores

de la COX-2 tienden a considerar la posibilidad de asociación con un gastroprotector en la rama del inhibidor de la COX-2 desde el inicio y no sólo como consecuencia del efecto adverso dispepsia. En el ámbito internacional es de destacar el trabajo de Maetzel et al⁵, y en nuestro país el de Ariza-Ariza et al⁶, estudios en los que se realizan análisis farmacoeconómicos que comparan el rofecoxib o celecoxib con antiinflamatorios no esteroideos. Por tanto, es posible que en el estudio de Lizán Tudela et al¹ los resultados fuesen todavía más favorables al paracetamol respecto a los inhibidores de la COX-2 si se hubiese considerado que el inhibidor de la COX-2 podrá usarse asociado a un gastroprotector desde un inicio, y no sólo cuando se produzca dispepsia, al igual que puede ocurrir en la práctica clínica habitual.

E. Carracedo Martínez

Servicio de Atención Primaria de Órdenes.
Unidad de Atención Primaria de Órdenes.
Órdenes. A Coruña. España.

1. Lizán Tudela L, Magaz Márquez S, Varela Moreno C, Riesgo Bucher Y. Análisis de minimización de costes del trata-

miento del dolor en la artrosis de rodilla o cadera con paracetamol o inhibidores de la COX-2 (rofecoxib). *Aten Primaria*. 2004;34:534-40.

2. Bertin P, Avouac B. Justification and indications for coxib therapy combined with gastro-protective agents. *Presse Med*. 2003;32:S44-S7.
3. Bouee S, Charlemagne A, Fagnani F, Le Jeune P, Sermet C, Naudin F, et al. Changes in osteoarthritis management by general practitioners in the COX2-inhibitor era-concomitant gastroprotective therapy. *Joint Bone Spine*. 2004;71:214-20.
4. Lanas A, Martín-Mola E, Ponce J, Navarro F, Piqué JM, Blanco FJ. Estrategia clínica para la prevención de efectos adversos sobre el tracto digestivo de los antiinflamatorios no esteroideos. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:485-502.
5. Maetzel A, Krahn M, Naglie G. The cost effectiveness of rofecoxib and celecoxib in patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2003; 49: 283-92.
6. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. Rofecoxib frente a antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento de la artrosis: análisis coste-efectividad para España. *Rev Clin Esp*. 2004;204: 457-65.