REcursos y **CAL**idad en **CAR**diología **RECALCAR**

Vicente Bertomeu Martinez

Presidente de Honor de la SEC

Madrid 06.10.2016

#que es y que no es gestión clínica

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

Nace en 2011

Se enmarca en el Plan Estratégico de la SEC 2011-2016:

"desarrollar una política de colaboración con las administraciones públicas que promueva la mejora continua de la calidad de la atención cardiovascular"

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

MENOS RECURSOS y MÁS DEMANDA

RECURSOS

PIB 2012

-1,4%

Deuda Pública 2012

882.300 Mill. €

77,4% Déficit

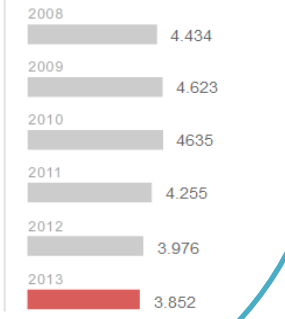
5.965.400

PARO

26,02%

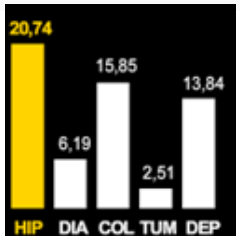
Sanidad (2012)

3.852 millones de euros



DEMANDA

Enfermedades crónicas



% sobre el total de la población

♀ 84,94 años

♂ 78,94 años

Innovación Eficiencia

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

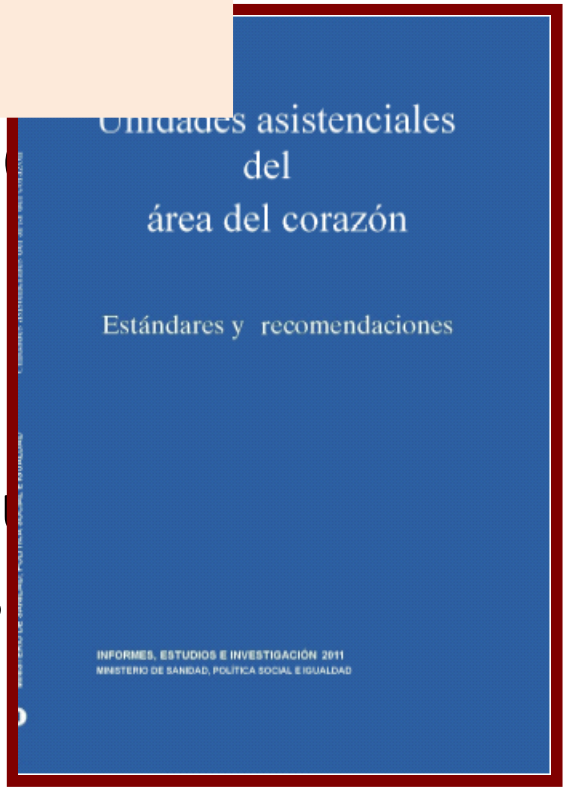
RECALCAR

FINALIDAD

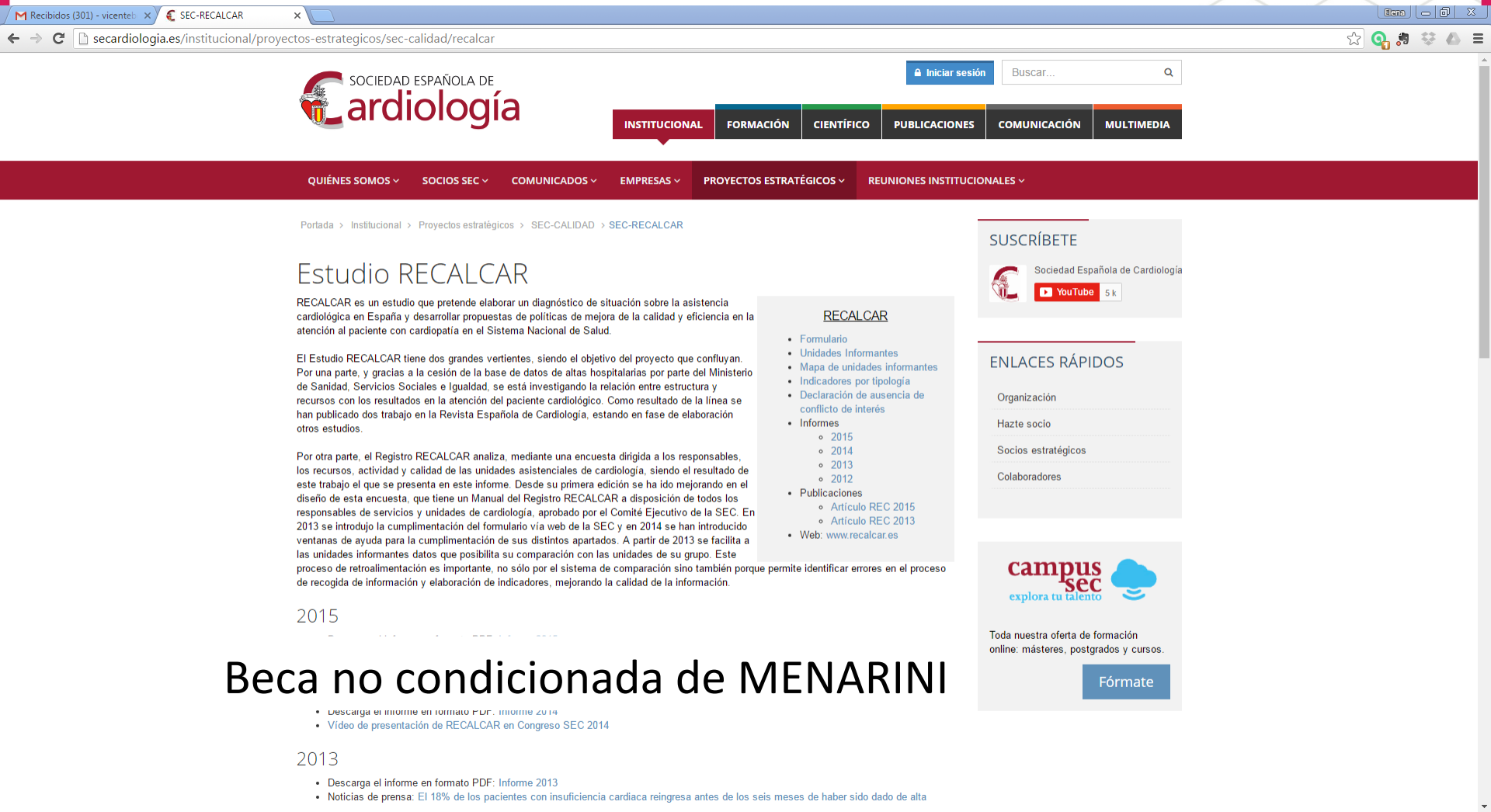
INSTRUMENTO PARA LA PLANIFICACIÓN

- Cono
  Actividad de todas las Unidades de
  (Registro)

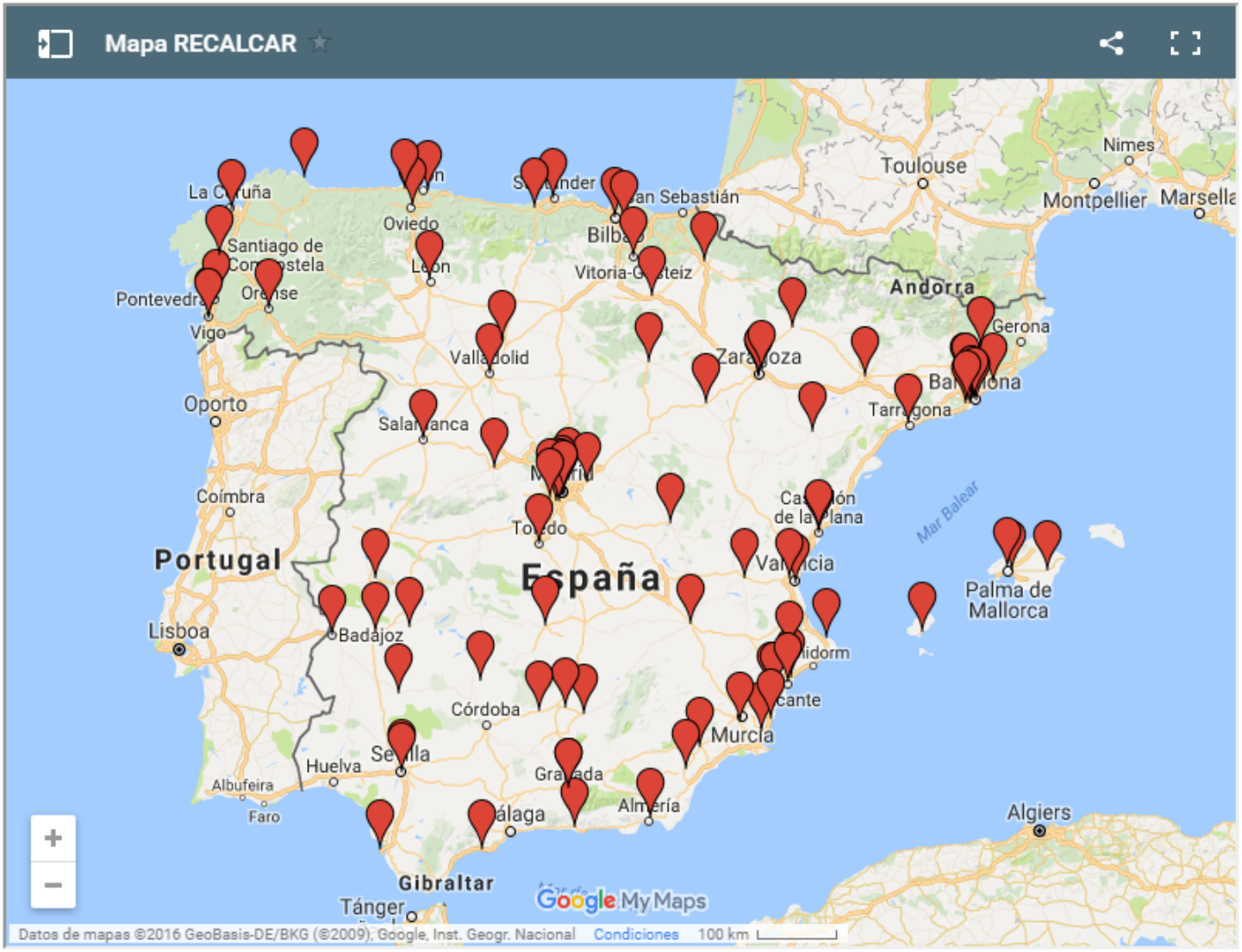
- Valorar la repercusión de estos rec
  Resultados de Salud (CMBD y Otros



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología



Mapa de Unidades Informantes 2015:

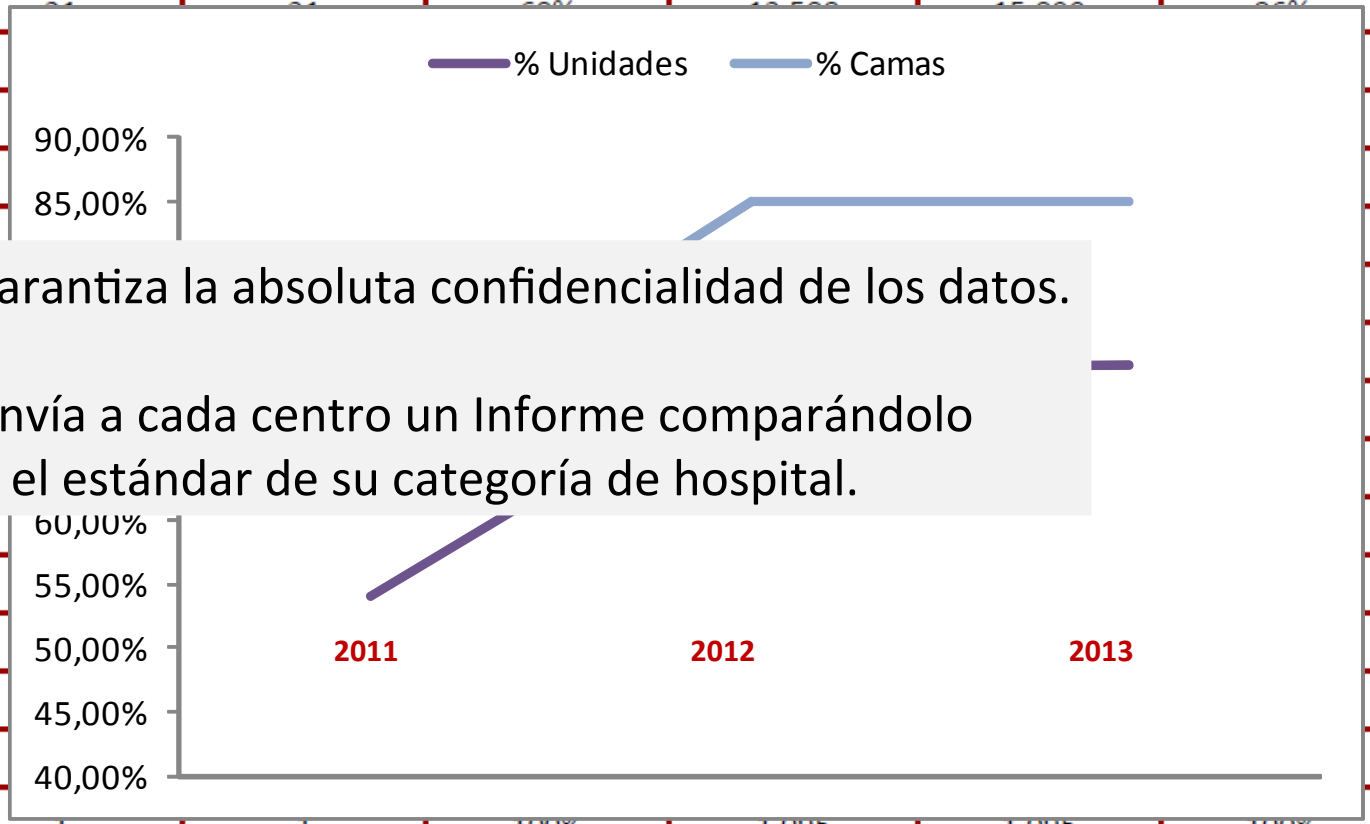


SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

DATOS 2014

CC.AA.	Respuestas	Unidades	%	Camas Encuesta	Camas Totales	%
Andalucía						
Aragón						
Asturias						
Baleares						
Canarias						
Cantabria						
Castilla-La M						
Castilla-Leór						
Cataluña						
Extremadura						
Galicia						
La Rioja						
Madrid						
Murcia						
Navarra	1	1	100%	1.095	1.095	100%
País Vasco	4	9	44%	2.918	4.573	64%
Valencia	16	25	64%	7.443	9.960	75%
Total	**123**	**208**	**59%**	**69.532**	**88.821**	**78%**



- Se garantiza la absoluta confidencialidad de los datos.
- Se envía a cada centro un Informe comparándolo con el estándar de su categoría de hospital.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD
E INNOVACION

Subdirección General de
Información Sanitaria e Innovación

Mercedes Alfaro Latorre
Subdirectora General

Resolución de reconocimiento

Doña Mercedes Alfaro Latorre, Subdirectora General de Información Sanitaria e Innovación, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a la vista de los resultados del dictamen técnico y oída la comisión de valoración,

Resuelve:

Reconocer Registro de Recursos y Calidad en las Unidades Clínicas de Cardiología (Registro RECALCAR), dependiente de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, como registro de interés para el Sistema Nacional de Salud.

En Madrid a 8 de Febrero de 2016

El reconocimiento del mencionado registro supone para el mismo:

1.- Que la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (SGISI) hará público el reconocimiento del Registro a través de la página electrónica del MSSSI así como a hacer constar la autoría y fuente en cuanta información utilice procedente de dicho Registro.

2.- Que la SGISI proporcionará la dirección de acceso a la página electrónica o a la información hecha pública del mismo.

3.- Que los responsables del Registro se comprometen a facilitar a la SGISI el acceso a la información del registro potencialmente útil para el SI-SNS y, asimismo, posibilitar la participación de la SGISI en las comisiones científicas, en las áreas de interés para el desarrollo del Sistema de Información del SNS.

4.- Que los responsables del Registro se comprometen a informar a la SGISI de los cambios que afecten a la titularidad, financiación o los que puedan derivar en conflictos de interés y, en su caso, a facilitar que esta pueda llevar a cabo la verificación de que se cumplen los requisitos en los que se ha basado su reconocimiento

5.- Que el reconocimiento del Registro no implica para el Ministerio compromiso de financiación alguno.

6.- Que la responsabilidad de los contenidos presentes y futuros de la información que desde dicho registro se difunda recae exclusivamente en la organización a cargo del mismo.

CORREO ELECTRÓNICO
icmbd@msssi.es

PASEO DEL PRADO, 18-20
28071 MADRID
Tel: 91 596 42 11
Fax: 91 596 11 11

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

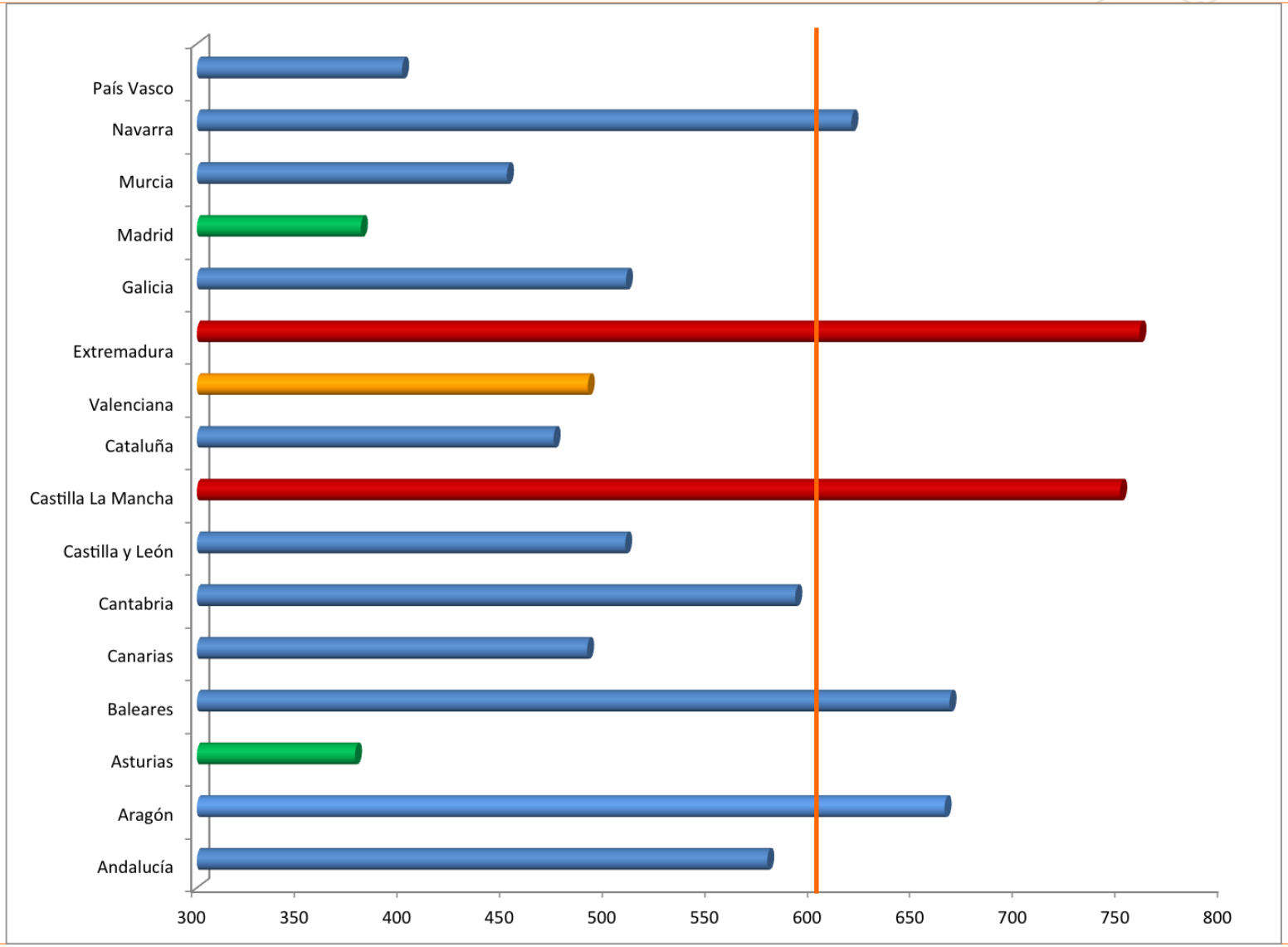
Tipología de unidades

Unidades	Estancia media hosp.	Cons. Sucesivas : primeras	Ecos * Cardiólogo	Ecos * Ecógrafo	Estudios Hemo * Cardiólogo	Estudios Hemo * Sala	Estudios EF * Cardiólogo	Estudios EF * Sala
Tipo 1		1,9	1.745 ± 1.094	1.667 + 857				
Tipo 2	5,1 ± 0,9	2,1	2.173 ± 709	1.640 + 626			162 + 125	245 + 85
Tipo 3	5,8 ± 1,6	2,4	2.663 ± 1.2178	2.005 ± 717	694 ± 251	1.234 ± 633	170 + 169	241 ± 204
Tipo 4	5,9 ± 1,4	2,4	2.590 ± 1.039	2.006 ± 719	960 ± 305	1.337 ± 515	234 + 160	495 ± 242

Existe una muy importante variabilidad en los indicadores de actividad, productividad y resultados en la comparación entre hospitales, así como entre la misma tipología de unidades. Esta variabilidad es mayor que la observada en las comparaciones entre Comunidades Autónomas

Las diferencias halladas están manifestando probablemente desigualdades en la calidad de los servicios. Con apropiados métodos de ajuste se deberían hacer públicos los indicadores de procesos y resultados de las unidades del corazón

Habitantes/Sala de Arritmias. 2014

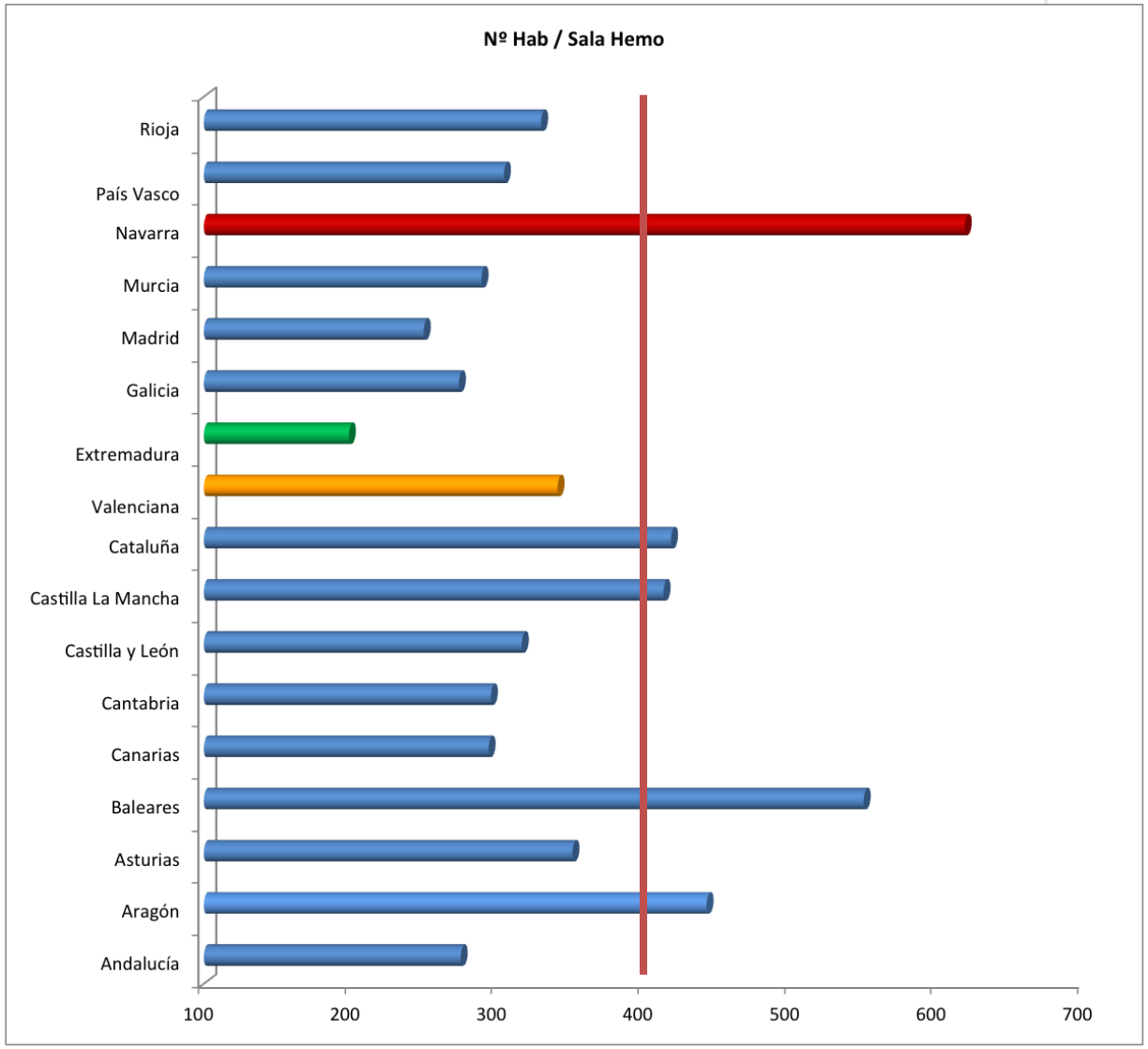


SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

Actividad Arritmias 2014

	Nº Hab / Sala EF	Est Diag EF * Millón Hab	Est Terap EF * Millón Hab	Est * Sala	Proc * Car	Hab * Serv CCV
Andalucía	577.861	120	206	235	401	1.402.533
Aragón	664.238	241	214	60	143	1.347.000
Asturias	377.041	206	56	218	38	1.054.040
Baleares	666.667	169	107	69	468	1.100.000
Canarias	490.126	112	177	119	544	946.710
Cantabria	591.530	313	436	71	369	591.530
Castilla y León	508.665	321	513	109	418	561.553
Castilla La Mancha	749.770	237	148	79	303	1.643.852
Cataluña	473.778	337	344	87	215	1.097.559
Valenciana	490.460	169	168	89	225	529.844
Extremadura	759.185	290	165	114	281	1.102.410
Galicia	509.037	263	144	85	350	938.683
Madrid	379.915	231	294	108	293	723.444
Murcia	451.055	47	223	77	194	1.392.675
Navarra	618.875	291	260	72	64	618.875
País Vasco	400.000	38	447	157	230	600.000
Rioja						
Total						
Promedio	**544.263**	**211**	**244**	**109**	**284**	**978.169**
Mediana	**508.851**	**234**	**210**	**88**	**287**	**1.000.375**
SD	**122.340**	**95**	**131**	**52**	**140**	**350.709**
Min	**377.041**	**38**	**56**	**60**	**38**	**529.844**
Max	**759.185**	**337**	**513**	**235**	**544**	**1.643.852**

Habitantes/Sala de Hemodinámica. 2014



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

Actividad Hemodinámica 2013

	Nº Hab / Sala Hemo	Estudios Hemo * 100.000 Hab	ICP * 100.000 Hab	ICP-p * 100.000 Hab	Estudios * Sala	Procedimientos * Cardiólogo	Hab * Serv CCV
Andalucía	275.150	258	127	18,1	1.068	603	1.402.533
Aragón	442.825	248	136	17,4	1.707	694	1.347.000
Asturias	351.347	399	165	54,6	1.994	970	2.143.165
Baleares	550.000	217	89	23,5	1.683	725	1.100.000
Canarias	294.197	302	124	12,9	1.259	790	946.710
Cantabria	295.765	326	173	48,7	1.491	806	591.530
Castilla y León	316.832	307	164	32,6	1.502	1.162	561.553
Castilla La Mancha	413.479	244	157	36,4	1.659	680	1.643.852
Cataluña	418.566	214	111	35,1	1.367	765	1.097.559
Valenciana	341.203	305	136	37,0	1.508	699	529.844
Extremadura	198.867	378	150	22,1	1.052	866	1.102.410
Galicia	273.947	386	188	34,5	1.581	1.002	938.683
Madrid	249.984	307	134	37,2	1.109	686	723.444
Murcia	289.358	432	177	35,1	1.770	1.145	1.392.675
Navarra	618.875	303	155	44,0	2.192	714	618.875
País Vasco	304.600	281	118	40,8	1.228	444	600.000
Rioja	330.000	226	113	27,6	1.118	373	
Total							
Promedio	**350.882**	**302**	**142**	**32,8**	**1.488**	772	**1.046.240**
Mediana	**316.832**	**303**	**136**	**35,1**	**1.502**	725	**1.022.135**
SD	**108.176**	**66**	**27**	**11,3**	**330**	212	**456.236**
Min	**198.867**	**214**	**89**	**12,9**	**1.052**	373	**529.844**
Max	**618.875**	**432**	**188**	**54,6**	**2.192**	1.162	**2.143.165**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE cardiología

RECALCAR

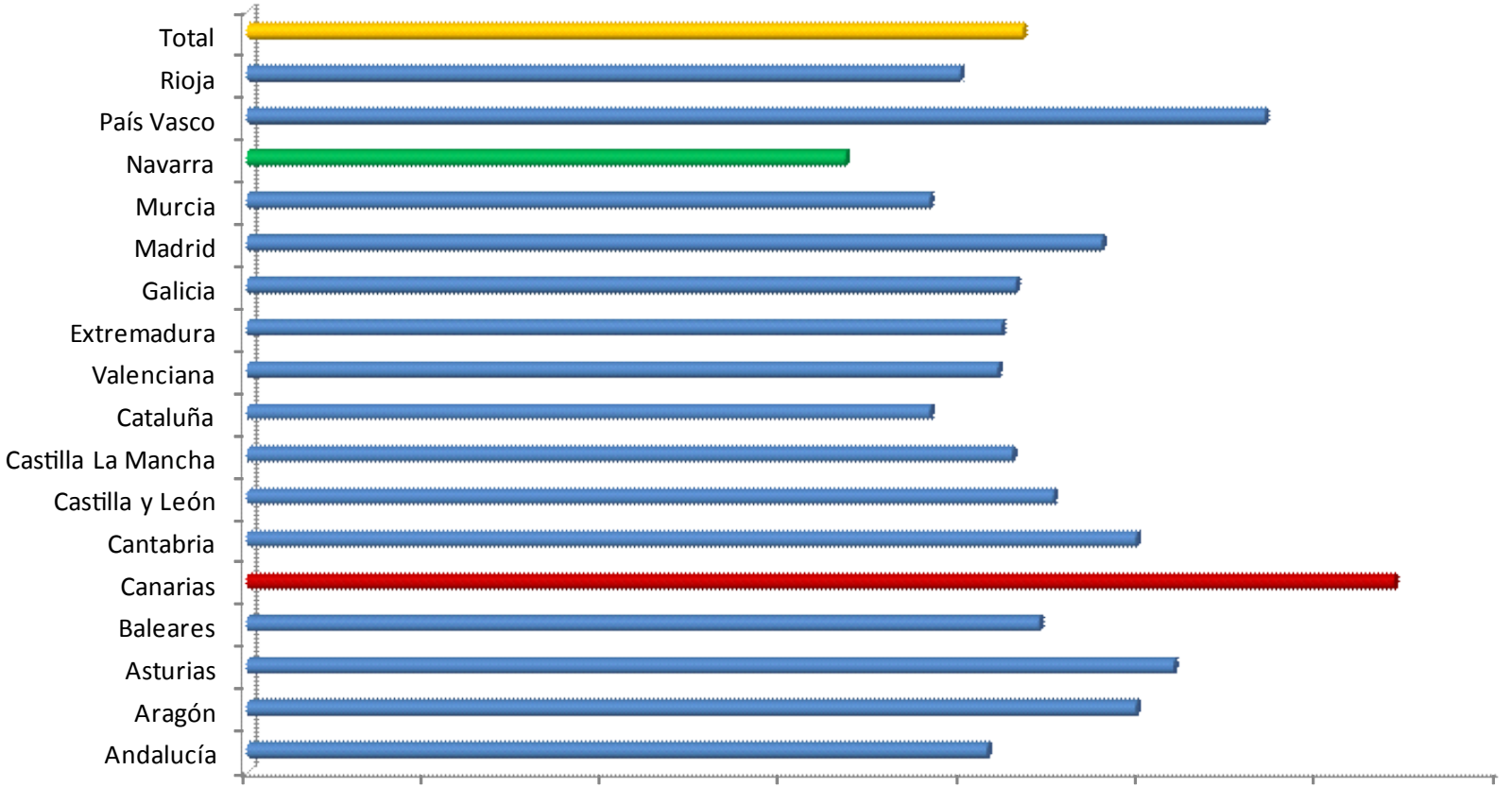
Datos CMBD

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

RECALCAR. Diferencias interterritoriales y desigualdades en salud

% de pacientes vistos por cardiologos



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

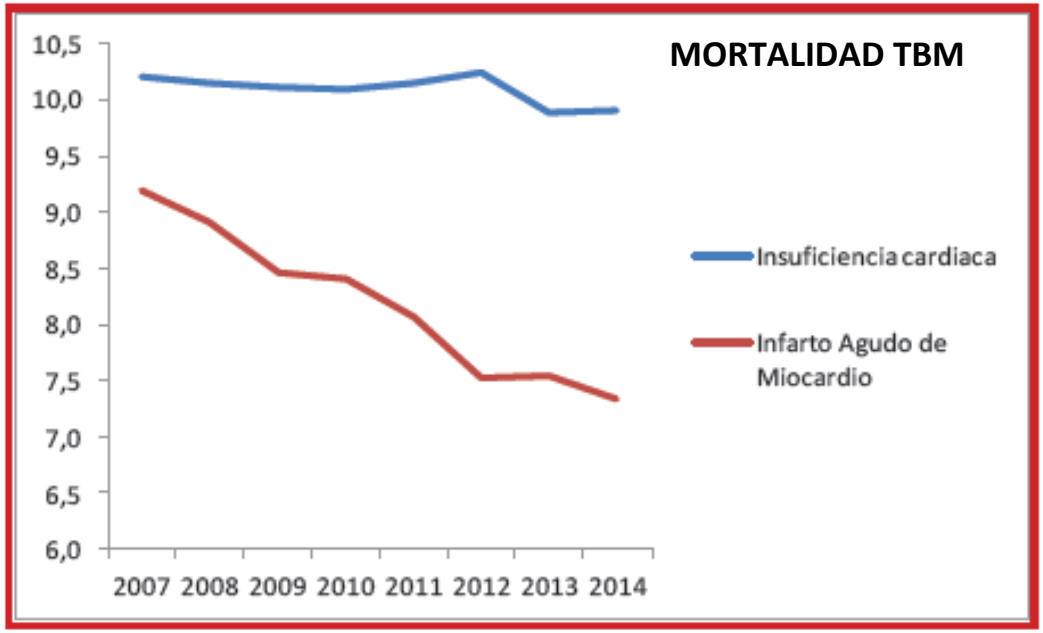
RECALCAR

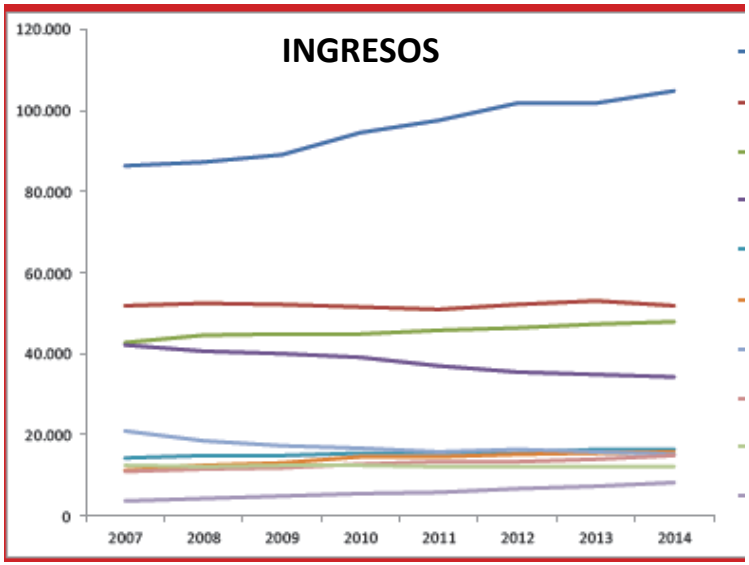
CMBD_CAR contiene 2,7 millones episodios de hospitalización con diagnóstico principal al alta de "enfermedad del área del corazón" durante el período 2007-2014

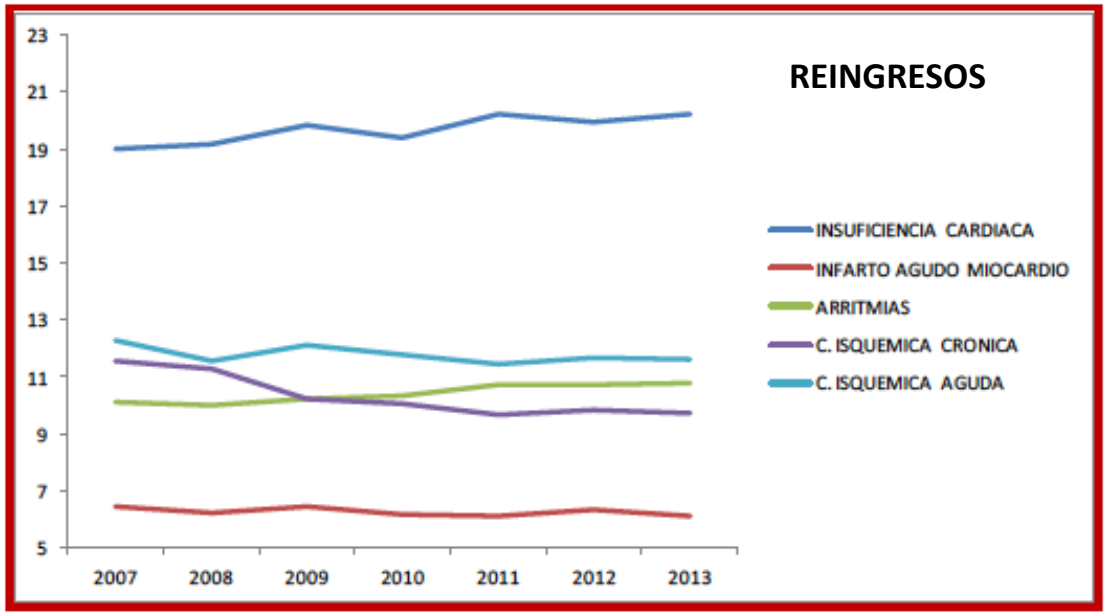
Diagnóstico Principal (3 dígitos)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Δ%	%/T
Insuficiencia cardiaca	86.372	87.243	89.126	94.695	97.760	101.761	101.953	105.046	763.9	8%	2
Infarto agudo de miocardio	51.925	52.381	52.047	51.521	50.944	52.238	53.092	51.736	415.884	15%	0%
Arritmia	42.678	44.533	44.974	44.880	45.682	46.396	47.370	47.842	364.355	13%	12%
Cardiopatía isquémica (otra)	42.154	40.611	40.069	39.070	36.935	35.365	34.978	34.381	303.563	11%	-18%
Trastorno de la conducción	14.171	14.846	14.981	15.545	15.456	15.471	16.366	16.323	123.159	4%	15%
Enfermedad cardio-pulmonar aguda	11.333	12.357	13.028	14.590	14.640	15.109	15.510	15.710	112.277	4%	39%
Síndrome coronario agudo (distinto de IAM)	20.979	18.536	17.337	16.731	15.802	16.260	15.777	15.101	136.523	5%	-28%
Enfermedad endocárdica	10.911	11.484	11.960	12.895	13.307	13.242	13.872	14.767	102.438	4%	35%
Enfermedad cardiaca hipertensiva	12.563	12.285	12.517	12.512	12.220	12.250	12.139	12.084	98.570	4%	-4%
Enfermedad renal crónica y cardiaca hipertensiva	3.675	4.267	4.750	5.477	5.793	6.816	7.211	8.210	46.199	2%	123%
Resto	39.695	39.203	38.158	36.901	36.161	34.893	35.796	36.697	297.504	11%	-8%
Total	336.456	337.746	338.947	344.817	344.700	349.801	354.064	357.897	2.764.428	100%	6%

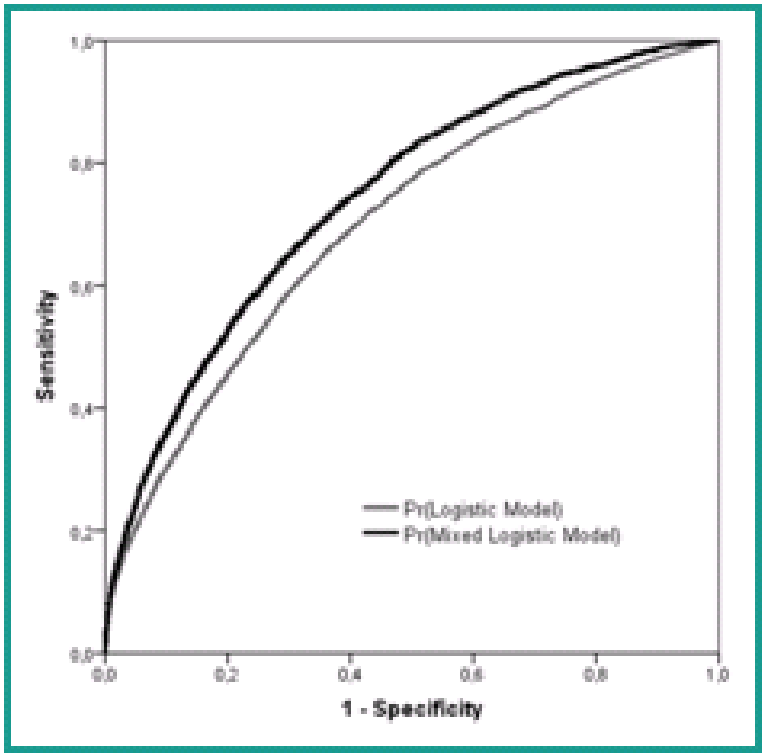
Δ%: incremento 2014/2007 ; para el total de altas (EAC)

RECALCAR


MORTALIDAD TBM
10,5
10,0
9,5
9,0
8,5
8,0
7,5
7,0
6,5
6,0
2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
Insuficiencia cardiaca
Infarto Agudo de Miocardio


INGRESOS
120.000
100.000
80.000
60.000
40.000
20.000
0
2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014

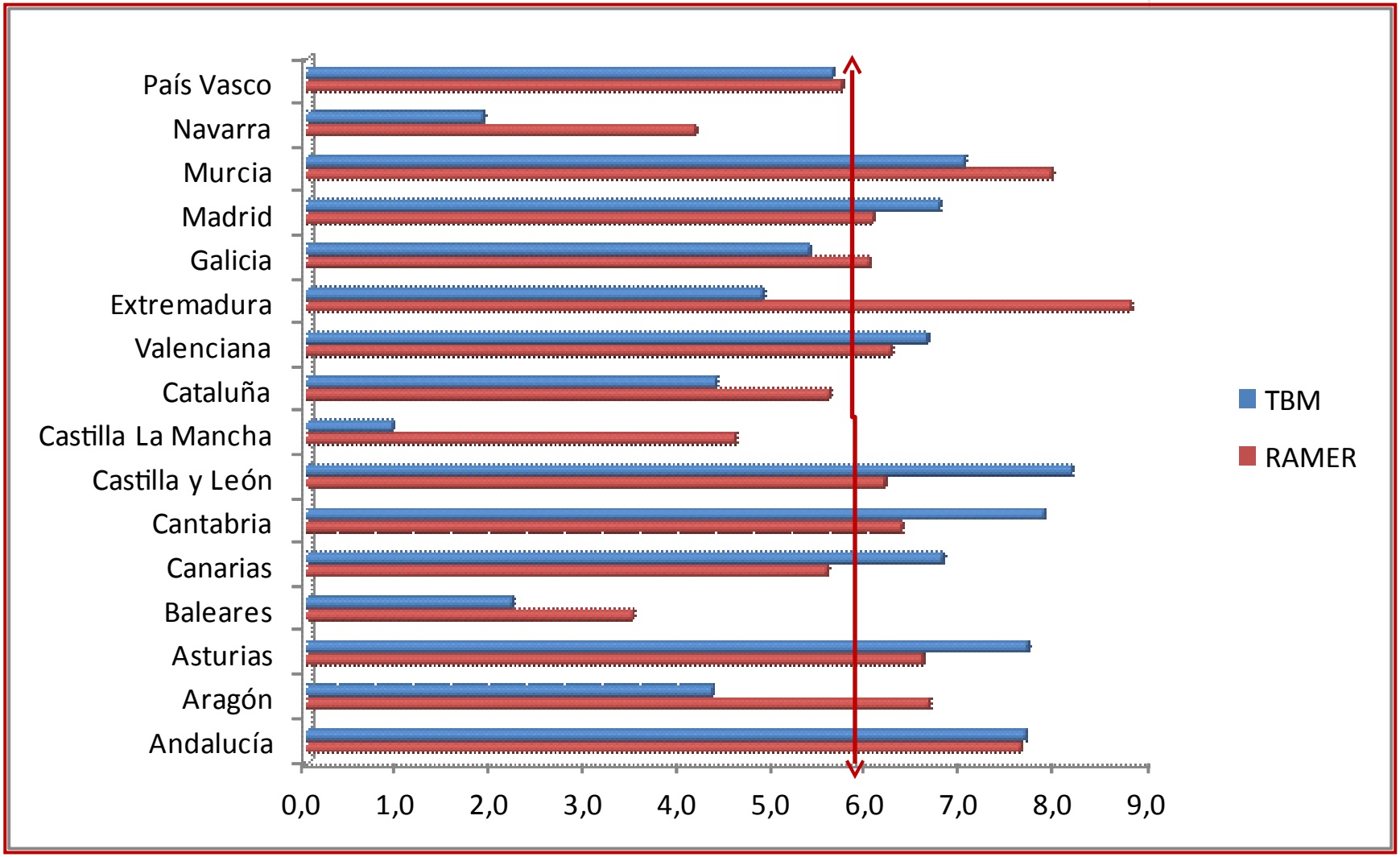

REINGRESOS
23
21
19
17
15
13
11
9
7
5
2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013
INSUFICIENCIA CARDIACA
INFARTO AGUDO MIOCARDIO
ARRITMIAS
C. ISQUEMICA CRONICA
C. ISQUEMICA AGUDA



Multilevel adjustment at 30 days				
ROC	-Asymptotic Normal--			
Obs	AUC	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	
43530	0.7421	0.0037	0.73480	0.74946
Intraclass correlation (ICC): rho1 = 0.08247				
Median Odds Ratio (MOR): mor1 = 1.67982				

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

¿Por qué ajustes?. El ejemplo del CABG

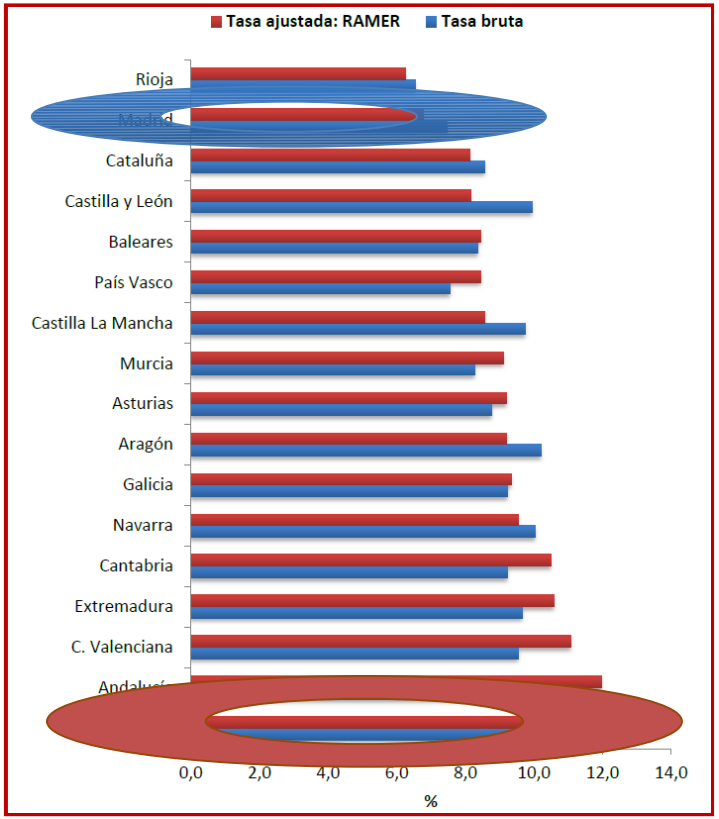


CMBD 2013

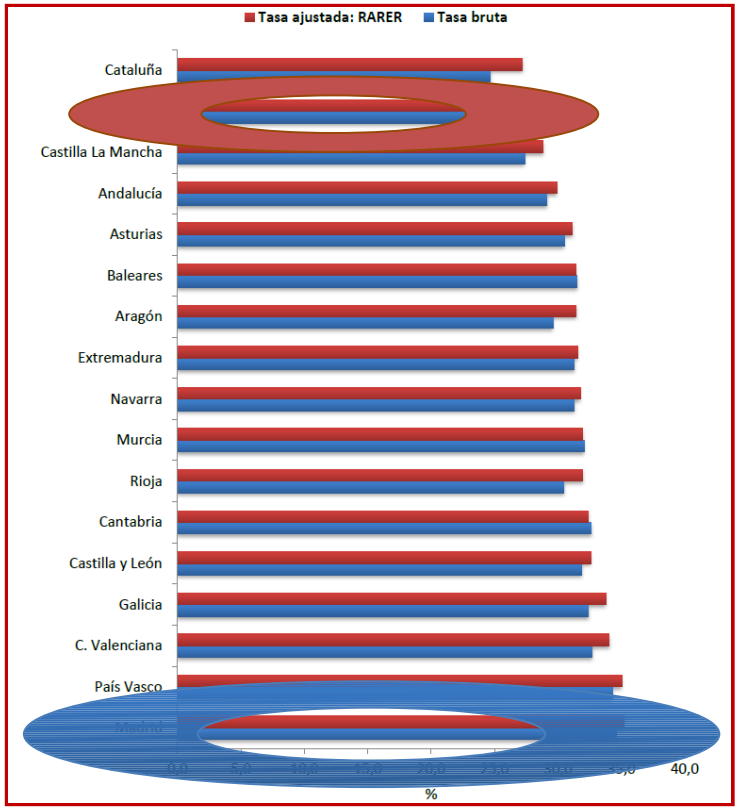
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

Estancia Media, Mortalidad Intrahospitalaria y Reingresos en Pacientes Hospitalizados por Insuficiencia Cardiaca en España. Año 2013

Mortalidad



Reingresos



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

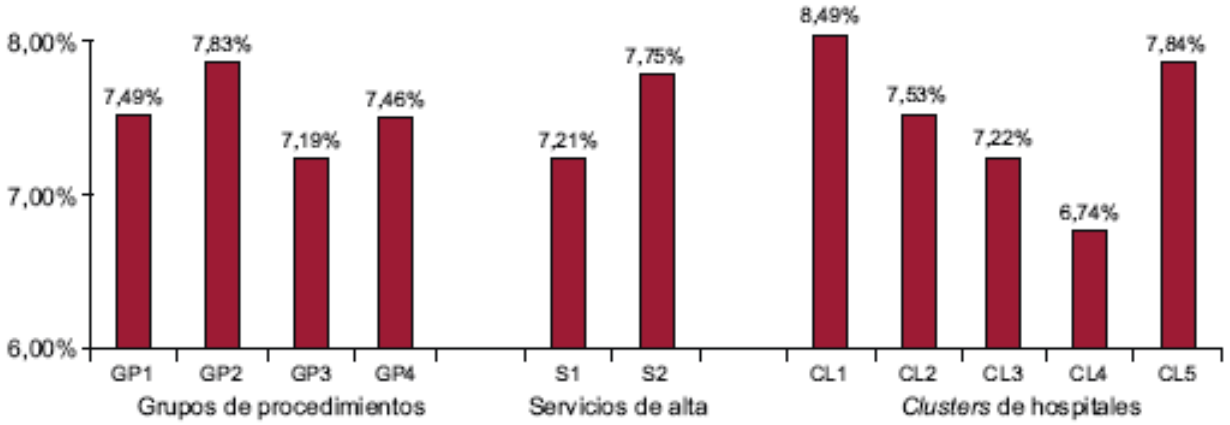
Tipología de unidades. Influencia del hospital, servicio y técnica

Rev Esp Cardiol. 2013;xx(x):xxx–xxx

Artículo original

Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR

Vicente Bertomeu[a], Ángel Cequier[b], José L. Bernal[c], Fernando Alfonso[d], Manuel P. Anguita[e], Javier Muñiz[f], José A. Barrabés[g], David García-Dorado[g], Javier Goicolea[h] y Francisco J. Elola[i,*]



Las características del hospital, ser atendido por un servicio de cardiología y el intervencionismo coronario se asocian con la supervivencia intrahospitalaria del paciente con infarto. Se recomienda la creación de redes asistenciales en el Sistema Nacional de Salud que favorezcan el intervencionismo coronario y la participación de los servicios de cardiología en el manejo de pacientes con infarto agudo de miocardio

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
© 2016 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER

VOL. 68, NO. 10, 2016
ISSN 0735-1097/$36.00
http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.07.723

GUEST EDITORS' PAGE



Quality Improvement Strategy of the Spanish Society of Cardiology

The RECALCAR Registry

Luis Rodríguez-Padial, MD, PhD,[a] Vicente Bertomeu, MD, PhD,[b] Francisco Javier Elola, MD,[c] Manuel Anguita, MD, PhD,[d] Ignacio Fernández Lozano, MD, PhD,[e] Lorenzo Silva, MD, PhD,[e] Rafael Hidalgo, MD, PhD,[f] Andrés Iñiguez, MD, PhD[g]

Rev Esp Cardiol. 2016;69(3):239–242

Editorial

Atención a los pacientes con enfermedades cardiacas agudas y críticas. Posición de la Sociedad Española de Cardiología

The Healthcare of Patients With Acute and Critical Heart Disease. Position of the Spanish Society of Cardiology

Congreso Europeo de Cardiología Roma 2016

- Clinical characteristics and prognosis of patients hospitalized for heart failure: analysis of administrative data of a nationwide population.

Congreso Europeo de Insuficiencia Cardiaca Florencia 2016

- Clinical characteristics and prognosis of patients hospitalized for heart failure depending on ejection fraction: analysis of administrative data of a nationwide population.
- Heterogeneity of readmission rate and in-hospital mortality of patients with heart failure based on the volume of patients at each hospital: analysis of administrative data of a nationwide population.
- Poor heart failure epidemiology knowledge due to incomplete clinical diagnosis at discharge. Analysis of administrative data of a nationwide population.

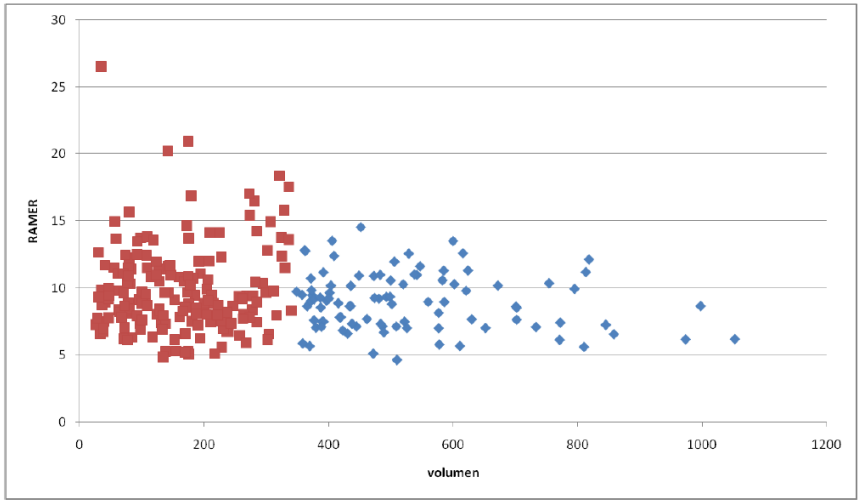
Congreso Nacional de la SEC, Zaragoza 2016

- ¿Realmente es diferente el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca en función de la fracción de eyección?
- ¿Influye la mala codificación de la insuficiencia cardiaca al alta hospitalaria en España en el pobre conocimiento de la epidemiología de la enfermedad?
- Heterogeneidad en la tasa de reingresos y mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con insuficiencia cardiaca en España según el volumen hospitalario.

R. Bover1, V. Bertomeu2, C. Fernandez3, J. Elola4, A. Esteban5, I. Vilacosta1, JL. Bernal6, JV. Segura7, C. Macaya1 - (1) Hospital Clinic San Carlos, Department of Cardiology, Madrid, Spain (2) University Hospital San Juan de Alicante, Cardiology, Alicante, Spain (3) Hospital Clinic San Carlos, Preventive Medicine, Madrid, Spain (4) Hospital Clinic San Carlos, Foundation Institute for Healthcare Improvement, Madrid, Spain (5) Hospital Clinic San Carlos, Department of Cardiology, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, Madrid, Spain (6) University Hospital 12 de Octubre, Control Management Service, Madrid, Spain (7) IUI Operative Research Center, Miguel Hernández University, This author is partially supported by Ministerio de Economía y Competitividad of Spain (Grant Nº. MT, Alicante, Spain

Estancia Media, Mortalidad Intrahospitalaria y Reingresos en Pacientes Hospitalizados por Insuficiencia Cardiaca en España. Año 2013

Volumen / Indicador (%)	≥340 (n=94) Media	DE	<340 (n=172) Media	DE	p*Medias
RAMER	9,0	2,1	9,9	3,3	0,006
RARER	32,2	4,7	30,0	4,1	<0,001
Mortalidad intrahospitalaria	8,6	2,2	10,3	5,6	0,001
Mortalidad intrahospitalaria al mes	9,8	2,4	11,6	5,7	<0,001
Mortalidad intrahospitalaria a los 3 meses	11,1	2,6	13	5,7	<0,001
Mortalidad intrahospitalaria al año	13,9	3,2	15,8	6,2	0,001
Reingreso al mes	10,1	1,9	9,5	3,5	0,1
Reingreso a los 3 meses	18,0	2,7	16,5	4,7	0,0
Reingreso al año	31,2	4,8	28,1	6,8	<0,001

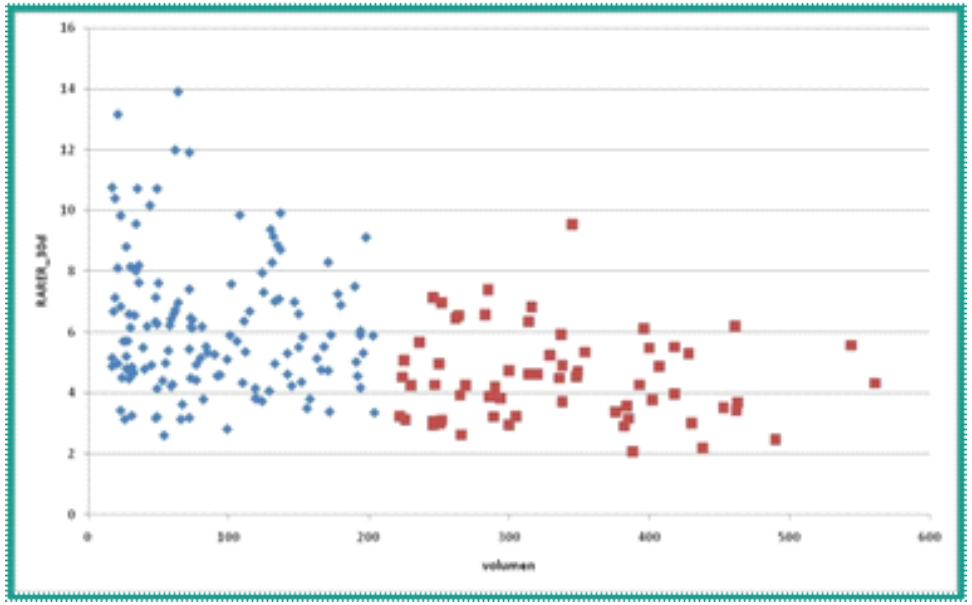


Puntos rojos: datos de los hospitales con volumen ≤340 episodios de IC al año.
Puntos azules: datos de los hospitales con volumen ≥349 episodios de IC al año.

V. Bertomeu1, R. Bover2, C. Fernandez3, J. Elola4, A. Esteban5, I. Vilacosta2, JL. Bernal6, JV. Segura7, C. Macaya2 - (1) University Hospital San Juan de Alicante, Cardiology, Alicante, Spain (2) Hospital Clinic San Carlos, Department of Cardiology, Madrid, Spain (3) Hospital Clinic San Carlos, Preventive Medicine, Madrid, Spain (4) Hospital Clinic San Carlos, Foundation Institute for Healthcare Improvement, Madrid, Spain (5) Hospital Clinic San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, Madrid, Spain (6) University Hospital 12 de Octubre, Control Management Service, Madrid, Spain (7) IUI Operative Research Center, Miguel Hernández University, This author is partially supported by Ministerio de Economía y Competitividad of Spain (Grant Nº. MT, Alicante, Spain

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

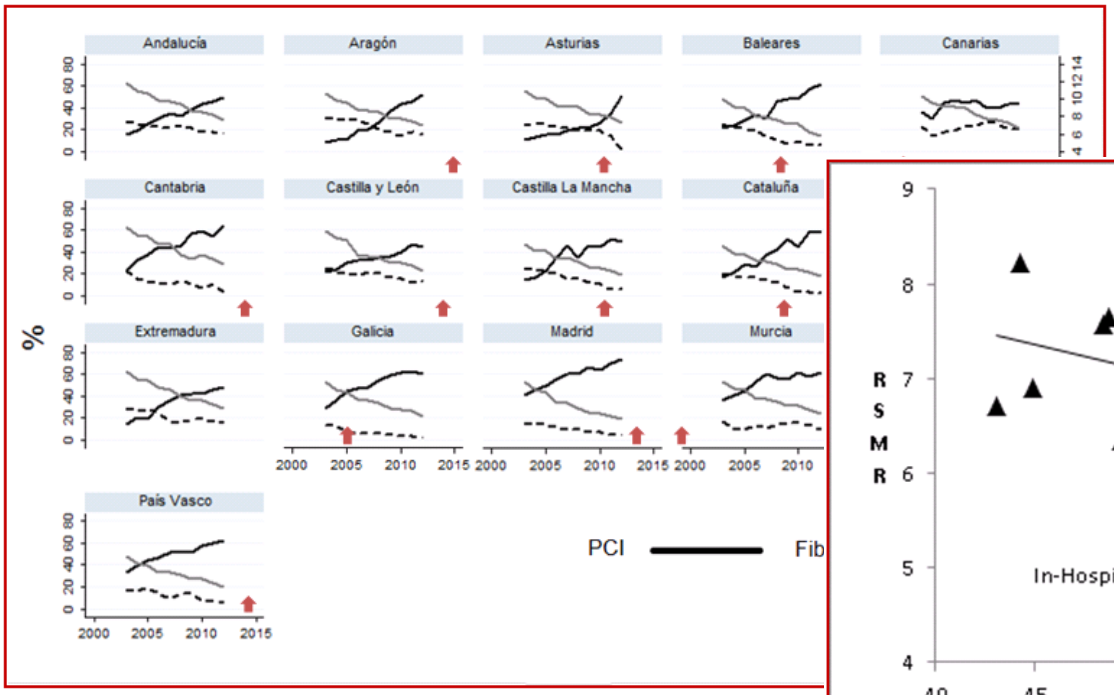
PATTERNS OF INPATIENT CARE FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND 30-DAY, 3-MONTH AND 1-YEAR CARDIAC DISEASES READMISSION RATES IN SPAIN

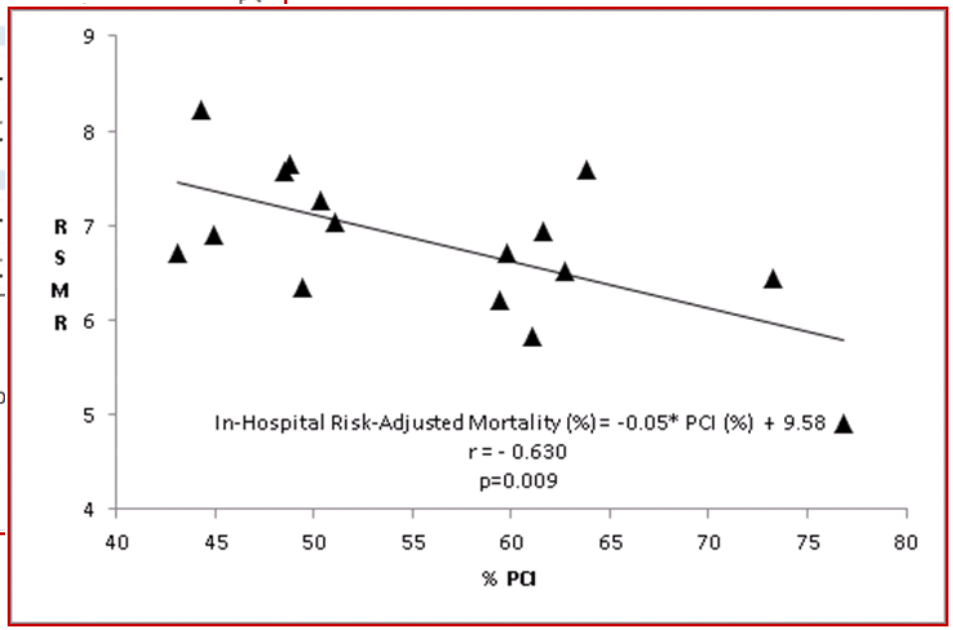


Angioplasty, cardiology as the medical unit responsible for the discharge and a higher volume of activity (>204 AMI) were all significantly (p<0.001) associated with a lower mortality, a lower risk of development of heart failure and lower RSRRs

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

Impact on mortality of different regional healthcare network systems in the treatment of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction. The Spanish experience





Ariza-Sole A, Cequier A, Rev Esp Cardiol 2016 in press

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología



Antena 3



24h



cuatro



laSexta



1 tve



Antena 3

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

ABC

EL PAÍS

La mortalidad por un infarto varía un 30% en función del hospital

Los cardiólogos señalan que más coordinación salvaría un millar de vidas al año

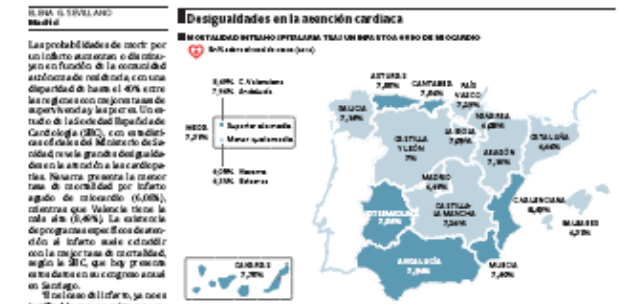


GACETA MÉDICA

EL PAÍS

La mortalidad por infarto muestra la desigualdad entre regiones

La diferencia llega al 40% entre la de menor tasa, Navarra, y la de mayor, Valencia



TAMBIÉN SUPONE AHORRAR 20 MILLONES DE EUROS

Organizar la asistencia bajaría un 30% las muertes por infarto

RAFAEL IBARRA
MADRID

Organizar el actual sistema de atención sanitaria para personas que han sufrido un infarto de miocardio (IAM) supondría reducir la tasa de muerte anual en casi un 30%. Este es uno de los datos más relevantes del estudio Recalcar que presentó Vicente Bertomeu, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). El estudio demanda una «reorganización» del actual modelo sanitario con el fin de lograr un sistema más «equitativo y eficiente» para las personas que han sufrido un infarto.

El sistema actual, apuntó Bertomeu, «diseñado hace 26 años», debe adecuarse a los cambios demográficos y epidemiológicos que experimenta la sociedad. El cambio al que se refiere la SEC, pasaría,por la creación de redes asistenciales y regionalizar los servicios. Se trata de ofrecer a los pacientes infartados la «mejor atención posible» y ésta, en ocasiones, no está en el hospital más cercano, sino en el de mejor calidad. No se trata de hacer más hospitales, denunció Bertomeu, sino de que utilizar los recursos existentes de forma coordinada para no duplicar los servicios. Las áreas hospitalarias actúan como compartimentos estanco, tanto para los médicos como para los pacientes, y ello acaba repercutiendo en la calidad asistencial.

Los datos del estudio desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad muestran que el IAM supone un coste muy elevado para el Sistema Nacional de Salud —250 millones de euros anuales—, q
episodi
lo padec
vir y otr
de 30 d
millone
La re
cir en ci
lidad p
rro esti
euros, a
de la SE
munida
Navarra

Desigualdades en la asistencia cardiológica en España



DIARIO MEDICO

Cardiología: disparidad en el SNS en reingresos y mortalidad

Las diferencias son mayores entre hospitales que entre autonomías, donde alcanzan el 50%

ABC

La posibilidad de sobrevivir a un infarto depende de la comunidad donde se viva

LA RAZÓN

El Sistema Nacional de Salud, uno de los mejores del mundo

España destina 81.000 millones de euros a Sanidad, un 7,1% del PIB

P. Rodríguez

MADRID- A pesar del contexto actual y la difícil situación por la que atraviesa la Sanidad española, sale ganando en la comparativa con los países de nuestro entorno. Según el estudio OECD Health Data 2012, presentado ayer por la Sociedad Española de Cardiología, nuestra Sanidad se sitúa entre las mejores del mundo por su eficiencia y calidad. De hecho, los españoles siguen siendo los más longevos de Europa, sólo por detrás de los suizos, con una esperanza de vida que supera los 82 años, 1,8 años por encima de la media.

Sin embargo, España cae a mitad de la tabla en cuanto invertimos. Los países de la UE de los 15 que más porcentaje del PIB invierten son Holanda (10,3%) y Dinamarca (9,4%), frente a Grecia (6,1%) e Irlanda (6,4), que ocupan la lista. España, con un 7,1% del PIB (81.000 millones), se sitúa por debajo de la media de sus socios (7,8%). Esto nos sitúa en el cuarto lugar por la cola en gasto anual por habitante, con una diferencia de respecto a la media europea (2.824 euros).

La contundencia de estos datos y las malas previsiones de futuro (el INE prevé que el paro del gasto sanitario descienda un 21,5% en el periodo 2010-2015), llevaron a la Sociedad Española de Cardiología a reclamar medidas adicionales a los recortes para garantizar el futuro del sistema y que la salud de los pacientes no se vea afectada. Así, dijo, «exigimos una gestión basada en la evidencia científica, no en la reducción indiscriminada de costes, pues actualmente no existen análisis objetivos que aseguren que la privatización consiga sanear sus cuentas». Rafael Bengoa, uno de los padres de la Sanidad Pública vasca, insistió en la necesidad de fiscalizar el funcionamiento de los centros que gestionan recortes y propuso «la colaboración de los profesionales médicos en los planes de gestión para lograr un sistema más eficiente».

Por su parte, Carlos Macaya, presidente de Vacme, indicó que «las sociedades médicas, además de promover la excelencia en la atención y en el fomento de la prevención, deben ta responsabilidad de desarrollar herramientas y mecanismos de gestión para lograr una mayor autonomía de las unidades clínicas».



684.000 parados dejan de pagar por los medicamentos

En julio de 2012, el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad dejó exentos del pago de los fármacos a los parados de larga duración sin prestación. Según confirmó Ana Mato en el Congreso, la medida beneficia a 684.000 personas.

LA VANGUARDIA.com | Vida

Ediciones | Quiero

Portada | Internacional | Política | Economía | Sucesos | Opinión | Deportes | Vida | Tecnología

ES Magazine | Món Barcelona | Ciencia | Sanidad | Salud | Bienestar | Qué estudiar | Natural | Con

La tasa de mortalidad por infarto varía hasta un 50 % entre comunidades

Vida | 25/06/2014 - 12:20h

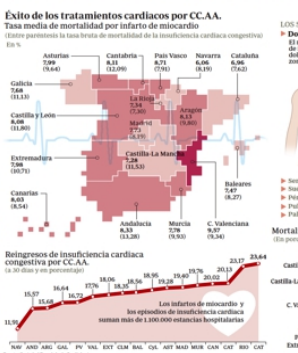
Notificar error | Tengo más información

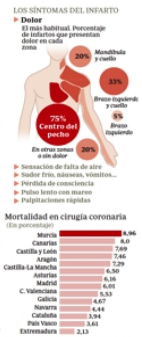
Madrid, 25 jun (EFE).- La tasa media de mortalidad por infarto agudo de miocardio en Esp
es de casi el 8 %, pero con diferencias de hasta el 50 % entre comunidades autónomas c
es el caso de Navarra, que presenta el menor índice con el 6,6 %, y la Comunidad Valenc
que registra el máximo (9,6 %).

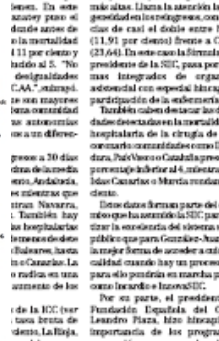
La Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha detectado importantes diferencias entre regiones en cuanto a la mortalidad por infarto de miocardio agudo en un estudio llevado a cabo a partir de la base de datos del Ministerio de Sanidad tras analizar cerca de 50.000 infartos agudos de miocardio y los más de 85.000 episodios de insuficiencia cardiaca que ingresan anualmente en los hospitales españoles.

Según han explicado hoy los responsables de esta sociedad científica, el principal motivo justifica las diferencias entre comunidades en la mortalidad por infarto está directamente relacionado con la existencia o no del denominado código infarto.

Se trata de un proceso mediante el cual, ante la mínima sospecha de un paro cardíaco, s
pone en marcha de forma inmediata el sistema sanitario para intentar abrir la arteria obstr
mediante una angioplastia primaria (la técnica más recomendada para esta patología) en
tiempo que no supere los noventa minutos.







La posibilidad de sobrevivir a un infarto depende de la comunidad donde se viva

N. RAMÍREZ DE CASTRO
MADRID

La posibilidad de sobrevivir a un infarto no depende solo de su gravedad sino del lugar donde vivamos. Un estudio de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha encontrado graves desigualdades en la atención hospitalaria entre comunidades autónomas. Aunque la tasa de mortalidad media en España es del 8 por ciento, el mapa que dibuja la SEC muestra diferencias de hasta el 50% entre los resultados de los hospitales públicos de Navarra -la región con más éxito en el tratamiento- y los de la Comunidad Valenciana, los que peor puntúan.

Tras Navarra se sitúan los centros sanitarios de Galicia, Murcia, Madrid o Cataluña con los mejores datos de supervivencia. Y en el extremo contrario, después de la Comunidad Valenciana, País Vasco, Andalucía y Aragón.

Por una vez, no se puede culpar a la crisis y a los recortes de la disparidad de resultados. «Es un problema de organización», asegura el presidente de la SEC José Ramón González-Juanatey. La menor mortalidad se observa en las comunidades donde se ha implantado un protocolo de actuación llamado «código infarto» que «no cuesta más dinero, incluso ahorra dinero en gasto sanitario», puntualiza. Ante la sospecha de un infarto, se activa este protocolo que indica cómo trasladar de una forma segura al paciente y qué tratamiento aplicar en una ventana de tiempo que no debe superar los 120 minutos desde los primeros síntomas.

Mejor abrir la arteria

El tratamiento más eficaz en el infarto agudo es la angioplastia, una técnica que consiste en abrir con un catéter la arteria coronaria obstruida. Así se libera el coágulo que interrumpe el flujo sanguíneo. Cuanto antes se haga esta operación menos tejido cardiaco muere y de nuevo aparecen desequilibrios regionales. Andalucía (13,2 %) y Castilla y León, Castilla-La Mancha y Galicia -las tres con índices por encima del 11 %- tienen más víctimas mortales, mientras que La Rioja (7,3 %), Cataluña (7,2 %) y País Vasco (7,9 %) son las que presentan una mayor supervivencia. La diferencia en los reingresos por insuficiencia cardiaca es de casi el doble en algunas regiones.

El estudio, que ha analizado 50.000 casos de infarto, también se ha fijado en el número de reingresos de los infartados. La mortalidad al hospital de cliente se interpreta siempre como un indicador negativo del hospital y de nuevo, aparecen graves diferencias autonómicas: Navarra, Cantabria y Canarias muestran los mejores resultados frente a Andalucía, Asturias y Baleares.

Además del infarto, el mapa se fija en la atención de la insuficiencia cardiaca, una condición crónica frecuente en personas mayores con hipertensión, diabetes y antecedentes de infarto. En la insuficiencia coronaria el corazón está agotado y tiene problemas para bombear la sangre que necesita el cuerpo. Los datos muestran que Andalucía, Cantabria y Castilla y León registran las cifras más altas. Llama la atención la heterogeneidad en los reingresos, con diferencias de casi el doble entre Navarra (11,91 por ciento) frente a Canarias (23,64). En este caso la fórmula, para el presidente de la SEC, pasa por programas integrados de organización asistencial con especial hincapié de la participación de la enfermería.

También cabe destacar las desigualdades detectadas en la mortalidad intrahospitalaria de la cirugía de by-pass coronario: comunidades como Extremadura, País Vasco o Cataluña presentan un porcentaje inferior al 4, mientras que las islas Canarias o Murcia rondan el 8 por ciento.

Estos datos forman parte del compromiso que ha asumido la SEC para garantizar la atención del síndrome coronario agudo en la sanidad pública que para González-Juanatey "es la mejor forma de acceder a cuidados de calidad cuando hay un proceso grave" para ello pondrán en marcha proyectos como Incardio e InnovaSEC.

Por su parte, el presidente de la Fundación Española del Corazón, Leandro Plaza, hizo hincapié en la importancia de los programas de prevención y puso como ejemplo el caso de Cataluña, País Vasco o Extremadura- frente a Murcia y Canarias, en el extremo contrario.

Más rentable, el traslado

Las diferencias territoriales en todos los tratamientos analizados son «excesivas», en opinión del presidente de los cardiólogos: «Es imposible que todos seamos la Clínica Mayo, pero no puede haber unas desigualdades extraordinarias con los resultados de los tratamientos porque los ciudadanos pagan los mismos impuestos. Debemos pensar que puede ser más rentable trasladar un enfermo a 100 kilómetros, a un hospital con mejores resultados, que tratarlo en el más próximo a su casa».

La Sociedad de Cardiología se deja para consumo interno la mortalidad de cada uno de los hospitales estudiados, pese a que también detecta una preocupante disparidad dentro de una misma región. Estos datos no se hacen públicos, de manera, que un paciente no

Protocolo

Las regiones que aplican el código infarto y tratan a sus enfermos en menos de

rganización, culpabl le mortalidad en infa

ntes desigualdades entre CC.AA. en asisten

ado un código
nes datos que
lenes. En este
nsaayo para el
dzde antes de
a la mortalidad
1 11 por ciento y
tado al 5. "No
desigualdades
CAA.", subrayó.
ne sus mayores
ema comunidad
as autonomías
ne a un diferen-

preso a 30 días
dzna de la asis-
ema, Andalucía,
se mientras que
ntran Navarra,
. También hay
los hospitales
lemenos de dos
Baleares, hasta
n o Canarias. La
o radica en una
aumento de los

de la ICC (ver
tasa bruta de
ciento. La Rioja,
spondieran por

dejo mientras que Andalucía, Cantabria y Castilla y León registran las cifras más altas. Llama la atención la heterogeneidad en los reingresos, con diferencias de casi el doble entre Navarra (11,91 por ciento) frente a Canarias (23,64). En este caso la fórmula, para el presidente de la SEC, pasa por programas integrados de organización asistencial con especial hincapié de la participación de la enfermería.

También cabe destacar las desigualdades detectadas en la mortalidad intrahospitalaria de la cirugía de by-pass coronario: comunidades como Extremadura, País Vasco o Cataluña presentan un porcentaje inferior al 4, mientras que las islas Canarias o Murcia rondan el 8 por ciento.

Estos datos forman parte del compromiso que ha asumido la SEC para garantizar la atención del síndrome coronario agudo en la sanidad pública que para González-Juanatey "es la mejor forma de acceder a cuidados de calidad cuando hay un proceso grave" para ello pondrán en marcha proyectos como Incardio e InnovaSEC.

Por su parte, el presidente de la Fundación Española del Corazón, Leandro Plaza, hizo hincapié en la importancia de los programas de prevención y puso como ejemplo el caso

Incardio

El programa incardio establece indicadores mínimos de calidad para evitar el fallecimiento en urgencias, cirugía cardiaca intermedia, intervencionismo coronario, cardiología intervencionista, cardiología pediátrica y cardiología hipertensiva. "En la actualidad no se están estandarizados", subrayó Lluis Sandoli, coordinador del proyecto, indicando que la situación que se produce en la sanidad madrileña debe ser el objetivo que el resto de comunidades autónomas deberían seguir. "Es un trabajo que hay que llevar a cabo en todos los servicios y los resultados nos dan un mapa que nos permite saber qué hacemos bien y qué hacemos mal", añadió. Sandoli explicó que el objetivo de Incardio es "que la buena práctica clínica se convierta en el estándar de todos los centros de atención cardiológica".

AMENAZAS

- **Calidad de los datos**
- Falta de cultura de Evaluación
  - Indiferencia
  - Desconfianza
  - Culpa, Crítica no constructiva
- Mala interpretación de los datos
- Financiación
- Instrumentalización política

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

NUEVA ETAPA

- **ACTUALIZACIÓN**
- **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**
- **MÁS PARTICIPATIVO**
  - **ÁREAS DE CONOCIMIENTO**
  - **SOCIEDADES FILIALES**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

RECALCAR

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE Cardiología

AÑO 2013

	Estancia media	TBM (%)	Tasa de reingresos (%)	% CAR/ Total	RAMER	RARER
Andalucía	7,80	7,66	10,74	41,3	7,55	11,04
Aragón	8,80	6,82	11,06	49,6	6,40	10,74
Baleares	7,23	5,84	13,79	44,2	6,08	12,77
Canarias	10,01	6,15	7,64	64,0	6,71	8,14
Cantabria	6,87	6,19	11,09	49,6	6,37	10,81
Castilla y León	7,86	6,63	12,43	45,0	6,21	11,99
Castilla La Mancha	7,41	6,82	10,76	42,7	6,49	10,56
Cataluña	6,94	6,42	12,61	38,1	6,11	12,05
Valenciana	6,19	6,17	12,41	41,9	6,48	12,63
Extremadura	7,26	6,94	12,42	42,1	6,94	12,59
Galicia	8,76	6,49	10,97	42,9	6,27	10,86
Madrid	8,00	5,66	12,50	47,7	5,90	11,95
Murcia	7,20	6,11	12,73	38,1	6,70	12,89
Navarra	8,57	6,93	10,96	33,4	6,74	10,85
País Vasco	6,89	5,57	12,09	56,8	5,87	12,02
Rioja						11,24
	7,72	6,45	11,64	45,23	6,44	
Mediana	7,66	6,46	11,83	43,1	6,44	11,665
SD	0,92	0,53	1,34	7,47	0,43	1,17
Min	6,19	5,57	7,64	33,4	5,87	8,14
Max	10,01	7,66	13,79	64	7,55	12,89

RAMER. Razón de Mortalidad Estandarizada por Riesgo (Charlson); RARER. Razón de Reingresos Ajustada por Riesgo (Charlson)
Fuente: CMBD_CAR 20007-2013
Promedio entre Comunidades Autónomas
Las diferencias entre CC.AA. para RAMER y RARER son estadísticamente significativas