

administraciones regionales en el desarrollo de políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales y, como consecuencia, en salud, así como en la utilización eficiente de los recursos disponibles. La correlación existente es débil y no significativa entre gasto sanitario per cápita y la tasa de angioplastia primaria por comunidades autónomas ($r = 0,117$; $p = 0,667$) (figura 2), mientras que hay asociación entre el desarrollo de sistemas regionales de angioplastia primaria, el aumento de su tasa de realización y la disminución de la mortalidad hospitalaria por infarto agudo de miocardio⁵.

El sistema de financiación de las comunidades autónomas incorpora un sistema de redistribución de recursos que favorece a aquellas con menor renta per cápita. A partir de esta asignación, los servicios de salud de las comunidades autónomas tienen la responsabilidad de utilizarlos eficientemente. El desarrollo de políticas eficaces de lucha contra la desigualdad social es un indicador, como también lo puede ser la tasa de angioplastia primaria en el síndrome coronario agudo con elevación del ST en el servicio de salud correspondiente.

Francisco J. Elola^{a,b,*}, José L. Bernal^{b,c}, Cristina Fernández-Pérez^{b,d} y Albert Ariza-Solé^e

^aElola Consultores, Madrid, España

^bFundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, Madrid, España

^cServicio de Control de Gestión, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^dUnidad Transversal de Apoyo a la Investigación, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^eServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: javier.elola@imasfundacion.es (F.J. Elola).

On-line el 11 de noviembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Escaño-Marín R, Pérez-Belmonte LM, Rodríguez de la Cruz E, Gómez-Doblas JJ, De Teresa-Galván E, Jiménez-Navarro M. Enfermedad cardiovascular y producto interior bruto en España: análisis de correlación por comunidades autónomas. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:210-212.
2. Mendis S, Puska P, Norrving B, eds. In: *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization; 2011. [citado 15 Sep 2016]. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/.
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099-1104.
4. Cordero A, Galve E, Bertomeu-Martínez V, Bueno H, et al. Tendencias en factores de riesgo y tratamientos de pacientes con cardiopatía isquémica estable atendidos en consultas de cardiología entre 2006 y 2014. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:401-407.
5. Redondo A, Benach J, Subirana I, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of cardiovascular risk factors across educational level in the 1995-2005 period. *Ann Epidemiol*. 2011;21:555-563.
6. Cequier Áaue, Ariza-Solé A, Elola FJ, et al. Impact on mortality of different network systems in the treatment of ST-segment elevation acute myocardial infarction. The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:155-161.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.07.023>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.028>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.045>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Riqueza, mortalidad y angioplastia primaria



Wealth, Mortality and Primary Angioplasty

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el trabajo de Escaño-Marín et al.¹. Quiero agradecer a los autores su esfuerzo por relacionar

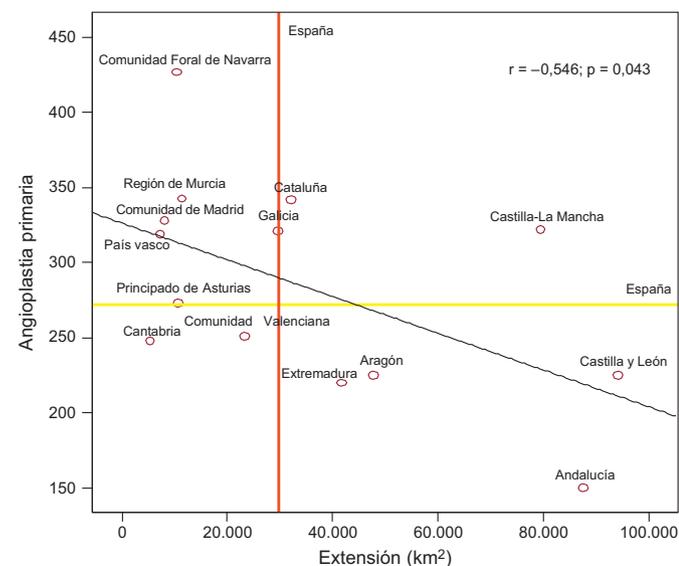


Figura. Correlación entre la angioplastia primaria y la extensión de las comunidades autónomas, excluidas las insulares.

marcadores socioeconómicos y de resultados en salud. Es algo insuficientemente tratado en la literatura y, en cualquier caso, poco conocido por los cardiólogos, a pesar de la trascendencia que las conclusiones pueden tener en la planificación de las políticas sanitarias. En su trabajo, ponen de manifiesto que, cuanto menor es el producto interior bruto de una comunidad, mayor es la mortalidad cardiovascular y menor el número de angioplastias primarias. Aunque no lo dicen expresamente, el trabajo da a entender que la menor mortalidad de las comunidades con más riqueza tiene que ver con la realización de más angioplastias primarias. Prácticamente todas las comunidades, independientemente del nivel de riqueza, tienen implantado un programa de reperfusión precoz en el infarto agudo de miocardio, lo cual no equivale a más angioplastias primarias. Si se hace un análisis de correlación entre el número de angioplastias primarias (según los datos aportados en el trabajo) y la extensión geográfica de las comunidades excluidas las insulares, se aprecia que, cuanto mayor es una comunidad, menor es el número de angioplastias primarias (figura). El criterio de calidad en el infarto no es la angioplastia primaria, sino la reperfusión adecuada en tiempo y forma (el desafortunado eslogan *Stent for life* debería ser *Reperfusion for life*).

Jose Alberto San Román* e Itziar Gómez Salvador

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: asanroman@secardiologia.es (J.A. San Román).

On-line el 11 de noviembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Escaño-Marín R, Pérez-Belmonte LM, Rodríguez de la Cruz E, Gómez-Doblas JJ, De Teresa-Galván E, Jiménez-Navarro M. Enfermedad cardiovascular y producto interior bruto en España: análisis de correlación por comunidades autónomas. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:210-212.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.07.023><http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.028><http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.047>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Enfermedad cardiovascular y renta individual: un factor que se debe tener en cuenta**Cardiovascular Disease and Individual Income: A Factor Not to Be Overlooked****Sr. Editor:**

Hemos leído con interés la carta científica de Escaño-Marín et al.¹ y queremos felicitarles por poner la atención en aspectos económicos que muchas veces no se tiene en cuenta en la medida necesaria. La principal función del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es garantizar una cobertura sanitaria similar a cualquier usuario, sea cual sea su comunidad autónoma de procedencia. Sin embargo, el trabajo de Escaño-Marín et al.¹ refleja las dificultades que presenta llevar a la práctica ese principio de igualdad. Si bien desde el punto de vista colectivo este hecho es de vital importancia, queremos añadir un aspecto individual de no menor relevancia.

La prestación farmacéutica, por la importancia que tiene, es una de las pocas en que dicho Ministerio tiene aún competencia en un sistema público tan descentralizado como el nuestro. La aportación que cada individuo realiza está relacionada con su situación laboral y su renta y engloba a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud². Dicha aportación es 0 para los usuarios exentos (afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos incluidos en su normativa específica, personas receptoras de rentas de integración social o de pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación y aquellos con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional), del 10% con límite mensual entre 8,23 y 61,75 euros según su nivel de renta previo para los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, el 30% para los usuarios de mutualidades, el 40% para los titulares activos y sus beneficiarios con rentas inferiores a 18.000 euros, el 50% para los titulares activos y sus beneficiarios con rentas entre 18.000 y 100.000 euros y el 60% para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea \geq 100.000 euros en la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Queremos llamar la atención sobre la situación de los usuarios pertenecientes al grupo TSI (Tarjeta Sanitaria Individual) 003, cuya renta anual sea $<$ 18.000 euros brutos, es decir, un máximo de 1.500 euros brutos/mes, de donde habrá que descontar el porcentaje correspondiente del Impuesto sobre la Renta. Aunque el porcentaje de usuarios en cada tramo de TSI varía según cada comunidad autónoma, si ponemos el ejemplo del Principado de Asturias³, los usuarios pertenecientes al grupo TSI 003 representan con diferencia el mayor colectivo, 437.197 de sus 1.060.645 habitantes, es decir, el 41,2% del total, muy por delante de los 355.041 pensionistas (33,4%) o los 215.680 (20,3%) de los de renta entre 18.000 y 100.000 euros. El grupo de TSI 003 tiene que aportar el 40% del importe de sus medicamentos y creemos que el hecho de que casi la mitad de los usuarios estén en esta situación merece una reflexión.

Nuestra especialidad posiblemente sea la que más soporte científico tiene tanto por las guías de práctica clínica como por los documentos de consenso de expertos. Sin embargo, si bien dichas guías deber ser siempre nuestro punto de partida, deberíamos tener en cuenta también la capacidad económica y el beneficio individual que puede tener ese paciente en concreto con cada tratamiento. Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología y el *American College of Cardiology/American Heart Association* no hablan de costes, pues los sistemas sanitarios de los países son muy diferentes y además el paciente siempre puede financiarse su tratamiento. Aunque sus indicaciones suelen englobar el espectro completo del síndrome al derivarse de estudios pivotaes con muestras muy amplias, no en todos los casos se va a obtener el mismo beneficio con el fármaco de última generación comparado con otra opción más económica y puede ocurrir que un determinado paciente, por dificultades de financiación, deje el fármaco⁴, no lo tome con la frecuencia adecuada o, por tomar este tratamiento, deje otros de nuestra especialidad u otras, u al final el beneficio general de esta estrategia podría ser poco eficaz. Por todo ello, creemos que en el momento de pautar la medicación se debe prestar atención al código TSI del paciente y tener en cuenta estas valoraciones.

Iñigo Lozano^{a,*}, Ramón López-Palop^b, Julio Rubio^a y Sergio Santos^a^aServicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España^bServicio de Cardiología, Hospital San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (I. Lozano).

On-line el 11 de noviembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Escaño-Marín R, Pérez-Belmonte LM, Rodríguez de la Cruz E, et al. Enfermedad cardiovascular y producto interior bruto en España: análisis de correlación por comunidades autónomas. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:210-212.
2. Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica [consultado 15 Sep 2016]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/5PrestacionFarmaceutica/PF-PrestacionFarmaceutica.htm>.
3. Tabla resumen de copago farmacéutico. Oviedo: Gobierno de Asturias [consultado 15 Sep 2016]. https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Tramites/Copago/Tabla%20resumen%20copago%20farmac%C3%A9utico.pdf.
4. Domínguez-Rodríguez A, Méndez-Vargasa C, Sánchez-Grande A, et al. Healthcare administration and the economic crisis: apropos of a case. *Gac Sanit.* 2014;28:342-343.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.07.023><http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.028><http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.007>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.