

Variabilidad y equidad, una relación discutible.**Respuesta****Variability and equity, a debatable relationship. Response****Sr. Editor:**

Hemos leído la carta de J.A. San Román e I. Gómez Salvador y agradecemos su interés por nuestro estudio.

Entendemos las dudas que destacan respecto a la asociación entre variabilidad y equidad, pero es evidente que la variabilidad terapéutica entre poblaciones similares de un mismo sistema de salud, cuando se refiere a terapias de probada eficacia y superioridad, es un indicador del que se considera que tiene impacto negativo en la calidad asistencial y afecta directamente a la equidad.

Las técnicas evaluadas en nuestro estudio tienen indicaciones bien asentadas en la evidencia, algo que se refleja en el artículo, cuyo material adicional incluye una figura que recoge las clases de recomendaciones para cada técnica a lo largo del periodo.

Es importante recordar que fueron estudios muy similares los que permitieron poner de manifiesto las notables variaciones entre países y regiones europeas en la implementación de la angioplastia primaria hace unos años (iniciativa *Stent for Life*) y que supusieron un impulso definitivo para la creación de redes de atención al infarto por toda Europa y España.

Las limitaciones de nuestro estudio son obvias, sobre todo cuando se lo contrasta con el que sería el estudio ideal, con fuentes ideales de información, como hace el comentario editorial de Marrugat et al.¹ al respecto. Nuestro estudio empleó los mejores datos disponibles.

Si nuestro estudio sirve para ilustrar una vez más la necesidad de registros de calidad de los pacientes en ámbito hospitalario, que convergerían en regionales y estos, a su vez, en nacionales, nos daríamos por satisfechos. El modelo de Suecia es el patrón que seguir.

Los autores de la carta comentan oportunamente la influencia de la edad. Obviamente los registros de actividad que se usaron en el estudio no son a nivel de paciente, por lo que no es posible un ajuste por características como la edad. No obstante, hay muchas comunidades autónomas que comparten similares perfiles de edad poblacional y, en todo caso, la magnitud de la variabilidad de la edad entre comunidades autónomas no es tan amplia como para explicar, por ejemplo, la gran diferencia en implante percutáneo de

prótesis de válvula aórtica². Se han ajustado los análisis de correlación entre volúmenes de actividad e índices económicos por la media de edad de la población de las comunidades autónomas en el periodo³, y se continúa sin detectar una correlación significativa (figura 1).

Compartimos la idea de que las guías no son un catecismo, pero desde luego la adherencia a las recomendaciones debería ser lo mayor posible y la excepción debería estar bien justificada por aspectos clínicos individuales del paciente.

FINANCIACIÓN

Sin financiación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores han participado en los siguientes niveles de responsabilidad: *a)* contribuir sustancialmente a la concepción y el diseño, la adquisición de datos o su análisis e interpretación; *b)* redactar el artículo o hacer una revisión crítica de su contenido intelectual; *c)* dar la aprobación final a la versión que se publicará, y *d)* acceder a asumir responsabilidades sobre todos los aspectos del artículo y a investigar y resolver cualquier cuestión relacionada con la exactitud y veracidad de cualquier parte del trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflictos de intereses que declarar.

José M. de la Torre-Hernández*, Manuel Lozano González, Tamara García Camarero y David Serrano Lozano

Unidad de Cardiología Intervencionista, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla (IDIVAL), Santander, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chematorre60@gmail.com (J.M. de la Torre-Hernández).

On-line el 8 de diciembre de 2022

BIBLIOGRAFÍA

- Marrugat J, Subirana I, Dégano IR. ¿Hasta qué nivel regional se puede analizar la calidad asistencial? *Rev Esp Cardiol.* 2022;75:784–786.
- Romaguera R, Ojeda S, Cruz-González I, Moreno R. Spanish Cardiac Catheterization and Coronary Intervention Registry. 30th Official Report of the Interventional Cardiology Association of the Spanish Society of Cardiology (1990–2020) in the year of the COVID-19 pandemic. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:1095–1105.
- Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3198>. Consultado 7 Nov 2022.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.10.016>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.10.016>

0300-8932/ © 2022 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correlaciones ajustadas a la edad	PIB	GS
ICP primaria	0,2 (p = 0,36)	0,2 (p = 0,33)
DAI	-0,3 (p = 0,32)	-0,26 (p = 0,3)
TRC	-0,05 (p = 0,8)	0,3 (p = 0,2)
TAVI	0,2 (p = 0,4)	-0,3 (p = 0,2)

Figura 1. Correlación ajustada a la media de edad en las comunidades autónomas. DAI: desfibrilador automático implantable; GS: gasto sanitario per cápita; ICP: intervención coronaria percutánea; PIB: producto interior bruto per cápita; TAVI: implante percutáneo de válvula aórtica; TRC: terapia de resincronización cardíaca.