

Acerca de la mortalidad cardiológica post-internación relacionada con los congresos médicos

En 2013, a propósito de un artículo de la sección *Caveat lector*¹, envié una Carta al Comité de Redacción, procurando vincular el fenómeno comentado con las características del *National Health Service* (NHS) británico². Por un lado, se analizaban los resultados de un estudio retrospectivo de 4 millones de historias clínicas (HC) del NHS entre 2008 y 2011, donde la mortalidad a los 30 días de las internaciones quirúrgicas programadas, era significativamente mayor en los casos intervenidos de viernes a domingo, que los ocurrían de lunes a jueves³. Un fenómeno similar fue advertido en EE.UU. por la organización de cobertura de veteranos, aunque en base a una casuística de unos 190 000 internaciones entre 2000 y 2004⁴. Estos hallazgos hacían pensar que hacia el fin de semana el personal de los hospitales reduce su actividad o los planteles quedan reducidos. Pero el fenómeno alcanzó suficiente magnitud para que el organismo regulador de la Seguridad Social de EE.UU. (*Centers for Medicare and Medicaid Services* - CMC) se ocupara de la variaciones de la seguridad hospitalaria en distintos días de la semana, y estableciera sanciones económicas para que los administradores vigilen la estabilidad del desempeño de sus nosocomios⁵.

Sin embargo, un título sorprendente aparecido en la sección Economía del diario La Nación (15-3-2015: 3) –“Enférmete cuando hay congresos de medicina”– me llevó a buscar el origen de esa recomendación. Se trata de un estudio retrospectivo de HC sobre algo más de 211 000 internaciones con cobertura de *Medicare* (trabajadores retirados de EE.UU.) ocurridas entre 2002 y 2011, con 3 motivos agudos de internación: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y síncope. Las internaciones analizadas correspondían a las fechas de los dos principales congresos de Cardiología, así como a las ocurridas 3 semanas antes y 3 después de esos eventos científicos. Uno de los congresos pertenece a la *American Heart Association* (AHA) que suele reunir unos 19 000 asistentes, y el otro al *American College of Cardiology* (ACC), que convoca entre 13 y 16 000 participantes. Lo llamativo del estudio es que la tasa de mortalidad a los 30 días del alta fue significativamente menor en los internados durante las fechas de los congresos, que en los que no coincidieron con esas actividades⁶.

El estudio discriminó a los pacientes por edad, sexo, raza y co-morbilidades, así como hospitales con y sin

docencia. La discusión de los autores hace hincapié sobre la mayor disponibilidad de los cardiólogos de mayor experiencia, que son los que concurren a los congresos de la especialidad, para realizar procedimientos invasivos de mayor riesgo, mientras que los de menor experiencia adoptan conductas más conservadoras y expectantes. Asimismo, es posible que durante esos días se postergaran ciertos casos de alto riesgo a la espera del regreso de los especialistas, lo que permitiría al resto de los médicos ocuparse mejor de las patologías concomitantes que incrementan el riesgo, y un mejor vínculo con los internados. Pero pasa desapercibido algo que se señala en la introducción: la modalidad de contratación de esos hospitales es la de *fee for service* (pago por prestación, en nuestra jerga).

Comparemos ahora el fenómeno del Reino Unido y el de EE.UU. En el NHS rige una modalidad general de *contratos por capitación*, en los que el riesgo financiero del sistema, sustentado por impuestos generales, fue asumido por los municipios y los hospitales, mediante una descentralización progresiva. Más aún, en los últimos años ha avanzado hacia la modalidad denominada *pay for performance* (P4P), en la que cada distrito geográfico es retribuido según indicadores de resultados en la salud de la población cubierta. Es decir, aún dentro de la modalidad capitada, se ha acentuado la transferencia del riesgo financiero desde el *centro* hacia la *periferia*, por lo que tanto médicos como instituciones quedan comprometidos con los costos de la atención. En *Medicare*, en cambio, predomina la contratación mediante *pago por prestación*, en la que el riesgo financiero corre totalmente a cargo de la entidad aseguradora. En este escenario, los prestadores no asumen ninguna limitación para agregar estudios de diagnóstico y realizar procedimientos invasivos, siempre que éstos tengan una indicación justificada. Pero la entidad reguladora (CMC) está introduciendo regímenes de *premios y castigos*, para que los administradores de nosocomios vigilen que la calidad y seguridad de los servicios que prestan se mantenga estable.

El corolario de estas revisiones retrospectivas podría ser el siguiente: a) si le han indicado una operación programada, trate de internarse de lunes a jueves; b) si espera un episodio cardíaco agudo, procure que coincida con algún congreso de cardiología; c) si Ud. administra un hospital no permita que fluctúen la calidad y seguridad durante los días de la semana, porque corre el riesgo de sufrir sanciones económicas.

Hugo E. Arce

e-mail: arce@satlink.com

1. *Caveat lector*. Es peligroso operarse los días viernes y más aún los fines de semana. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 335-6.
2. Arce H. A propósito de un artículo sobre la mortalidad relacionada al día de la cirugía, comentado en el *Caveat lector*. *Medicina (B Aires)* 2014; 74: 82-3.
3. Aylin P, Alexandrescu R, Jen MH, Mayer EK, Bottle A. Day of week of procedure and 30 day mortality for elective surgery: retrospective analysis of hospital episode statistics. *BMJ* 2013; 346: f12424.
4. Zare MM, Itani KM, Schiffner TL, Henderson WG, Khuri SF. Mortality after none emergent major surgery performed on Friday versus Monday through Wednesday. *Ann Surg* 2007; 246: 866-74 (Abstract).
5. Dharmarajan K, Kim N, Krumholz H. Patients need safer hospitals, every day of the week. *BMJ* 2015; 350: h1826.
6. Jena A, Prasad V, Goldman D, Romley J. Mortality and treatment patterns among patients hospitalized with acute cardiovascular conditions during dates of National Cardiology meetings. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 237-44.