

**Título: VARIABILIDAD SEGÚN RIQUEZA REGIONAL EN LA PRÁCTICA DE ANGIOPLASTIAS CORONARIAS PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN ESPAÑA.**

**Responsable de la Comunicación:** Apellidos y Nombre: Méndez Rubio, José Ignacio.  
Dirección postal: TAISS, C/Cambrils 41-2, 28034 Madrid,  
 Power Point Cañón Proyección Teléfono: 91-731 03 80  
Código **62** E-mail: imendez@taiss.com

**Autores:** Méndez Rubio, J. Ignacio; Lázaro y de Mercado, Pablo; Aguilar Conesa, María Dolores. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. Madrid.

**Palabras clave:**

Desigualdades, Comunidades autónomas, Renta per cápita, Índice de disimilitud, Cardiopatía isquémica

**Resumen:**

**Objetivo:** Conocer si la desigual distribución de la riqueza contribuye a explicar la diferente utilización de la angioplastia coronaria (AC) entre las comunidades autónomas (CCAA).

**Métodos:** Ámbito: Datos nacionales desagregados por CCAA del año 2001. Variables: Variables demográficas: población y renta per cápita (RPC); Variables de carga de cardiopatía isquémica (CI): Incidencia de infartos agudos de miocardio (IAM) y la prevalencia de angina inestable (AI) entre mayores de 25 y menores de 75 años, ajustadas por las tasas de desplazamientos entre comunidades; Variables de uso de tecnología: Número AC observadas y esperadas en función de la carga de enfermedad, e índices de disimilitud absolutos y relativos. Este índice representa el número o la proporción de casos (según se trate de la versión absoluta o relativa) que deberían redistribuirse a fin de obtener igualdad en el indicador de salud. La versión absoluta se obtiene a partir del valor absoluto de la semidiferencia entre los valores observados y esperados. Análisis estadístico: 1) Estudio de los coeficientes de correlación bivariada y parcial, y estudio del índice de disimilitud para describir la presencia de desigualdades en función de la carga de enfermedad. 2) Modelos de regresión lineal simple para la semidiferencia entre AC observadas y esperadas, con la RPC y de regresión múltiple para el número de procedimientos por carga de enfermedad y RPC.

**Resultados:** En el análisis bivariado no hay correlación entre RPC y número de AC, sin embargo sí aparece correlación significativa cuando se controla por la prevalencia de AI ( $\phi=0,646$ ;  $p=0,001$ ). El índice de disimilitud para la incidencia de IAM como indicador de la enfermedad, señala que se deberían redistribuir 3.829 AC (13%) entre las CCAA para una igual distribución. Madrid destaca con un exceso de 4,2% sobre las AC esperadas, seguida de Canarias (1,6%) y el País Vasco (1,3%). Entre las CCAA que hacen menos AC de lo esperado destaca Cataluña con el 1%. Los índices de disimilitud para la prevalencia de AI son mayores, debiéndose redistribuir 6.988 AC (23%). Donde hay más exceso respecto a lo esperado es en Madrid (4,3% más de AC), País Vasco (2,5%), y Canarias (1,8%). Hay menos procedimientos de los esperados en Andalucía (4,6%), Valencia (3,0%) y Galicia (1,7%). El modelo de regresión lineal que incluye la prevalencia de AI y la RPC explica el 76% de la varianza del número de AC ( $R^2=0,76$ , siendo 0,172 la  $R^2$  para la RPC; Coeficiente beta ( $\beta$ )=0,208, Intervalo de confianza 95% (Ic)=(0,061-0,356);  $p=0,009$ ). Las diferencias entre AC observadas y esperadas para la prevalencia de AI según la RPC, presentan una  $R^2$  de 0,30 ( $\beta=0,114$ ; Ic=(0,014-0,213);  $p=0,028$ ).

**Discusión:** Se ha evidenciado la existencia de asociación entre la riqueza económica y el uso de AC para la CI independientemente de la carga regional de enfermedad. La diferente distribución de la riqueza explica un 30% de la disimilitud geográfica detectada en la práctica de estos procedimientos en virtud de la carga de enfermedad. Los estimadores de carga de CI utilizados habitualmente son aproximaciones parciales a los datos reales y podrían estar influidos por diferencias regionales en los criterios de clasificación y por las deficiencias en los registros existentes. A pesar de esta limitación, la riqueza regional parece influir en el número de procedimientos ajustados por población y carga de la enfermedad.