

**Título: VARIABILIDAD SEGÚN RIQUEZA REGIONAL EN LA PRÁCTICA DE CORONARIOGRAFÍAS 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 **61** 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 coronariografía (CG) 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 de CG 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 CG 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 CG, sin embargo sí aparece correlación significativa cuando se controla por las variables de carga de CI, incidencia de IAM ( $\phi=0,562$ ;  $p=0,029$ ) y prevalencia de AI ( $\phi=0,670$ ;  $p=0,006$ ). El índice de disimilitud para la incidencia de IAM como indicador de la enfermedad, señala que se deberían redistribuir 9.571 CG (12,7%) entre las CCAA para una igual distribución. Madrid destaca con un exceso de 5,2% sobre las CG esperadas. Las CCAA que hacen menos CG de lo esperado son Castilla-León (1,2%) y Andalucía (1,1%). Los índices de disimilitud para la prevalencia de AI son mayores, debiéndose redistribuir 17.518 CG (22,5%). Donde hay más exceso respecto a lo esperado es en Madrid (5,4% CG de más), País Vasco (1,9%), y Canarias (1,1%). Hay menos procedimientos en Andalucía (5,2%), Valencia (1,9%) y Galicia (1,5%). El modelo de regresión lineal que incluye la incidencia de IAM y la RPC explica el 89% de la varianza del número de CG ( $R^2=0,887$ , siendo de 0,07 la  $R^2$  de la RPC) con un coeficiente beta ( $\beta$ ) para la RPC de 0,385 (Intervalo de confianza 95% (Ic)=(0,045-0,725),  $p=0,029$ ). El modelo de regresión lineal que incluye la prevalencia de AI y la RPC explica el 76% de la varianza del número de CG ( $R^2=0,76$ , siendo 0,195 el  $R^2$  de la RPC;  $\beta$  para la RPC=0,638; Ic=(0,214-1,061),  $p=0,006$ ). Las semidiferencias entre CG observadas y esperadas para la incidencia de IAM según la RPC, se ajustan a un modelo de regresión lineal ( $R^2=0,317$ ) con una  $\beta = 0,192$ ; Ic=(0,031-0,353);  $p=0,023$ . Los modelos para las semidiferencias observadas-esperadas para la prevalencia de AI según la RPC, presentan unas  $R^2$  de 0,378 para las CG ( $\beta =0,338$ ; Ic=(0,09-0,587);  $p=0,011$ ).

**Discusión:** Se ha evidenciado la existencia de asociación entre la riqueza económica y el uso de CG para la CI independientemente de la carga regional de enfermedad. La diferente distribución de la riqueza explica entre un 32 y un 38% 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.