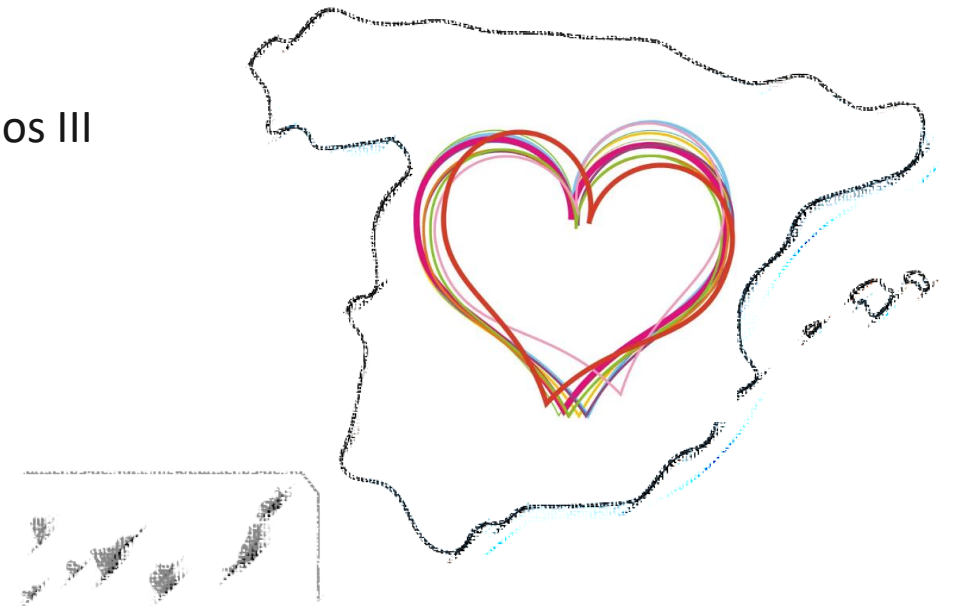


Desarrollo económico, políticas sanitarias y desigualdades territoriales en la mortalidad cardiovascular en España

Iñaki Galán, Roberto Pastor-Barriuso

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III

*Declaramos no tener conflicto de intereses
Las opiniones expresadas son las de los autores y no
necesariamente las del Instituto de Salud Carlos III*



Desarrollo económico, políticas sanitarias y desigualdades territoriales en la mortalidad cardiovascular en España

Iñaki Galán, Roberto Pastor-Barriuso

Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Instituto de Salud Carlos III

Sofía Ramírez (UAM)

Ana Rico (Escuela Nacional de Sanidad)

Héctor Bueno (CNIC)

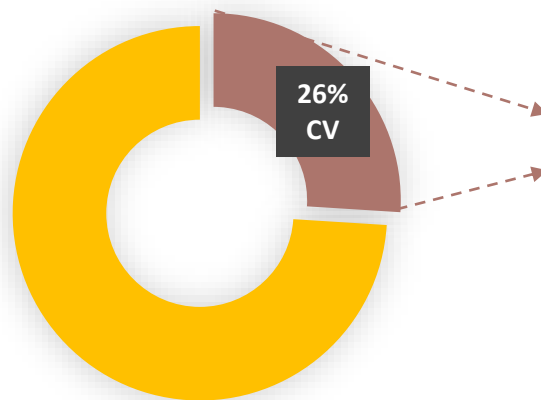
Cristina Ortiz (CNE)

María Téllez (CNE)

José Luis Peñalvo (CNE)



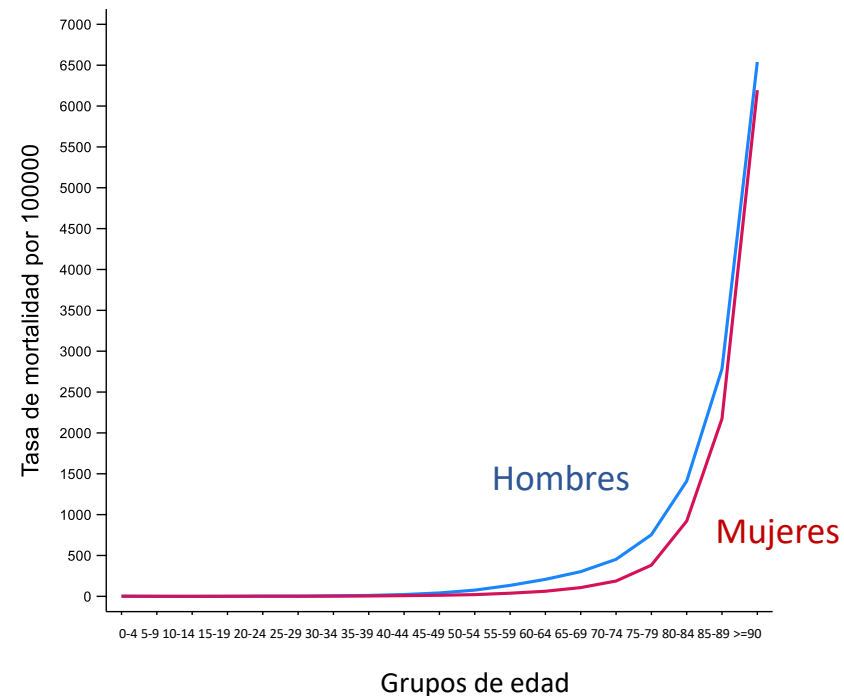
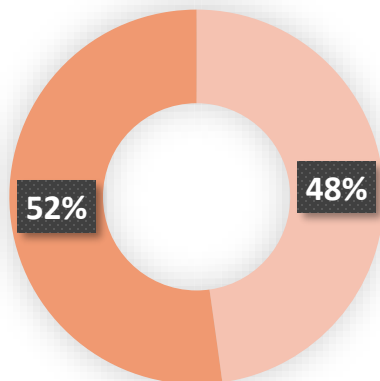
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España, año 2024: 113.620 muertes



De toda la mortalidad cardiovascular:
24% Cardiopatía isquémica
20% Enfermedades cerebrovasculares

Primera causa de muerte

Segunda causa de muerte



Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad cardiovascular

	Mortalidad 2015			
	Casos	Población	Tasa bruta	Tasa ajustada
Total cardiovasculares				
			(por 100.000)	
<i>Nivel de estudios</i>				
< Primarios	26.055	1.483.608	1.756,2	429,1
Primarios	23.898	3.080.049	775,9	305,9
Secundarios primera etapa	10.509	4.385.867	239,6	299,1
Secundarios segunda etapa	3.643	4.040.560	90,2	259,9
Universitarios	2.468	3.714.659	66,4	243,4



Rev Esp Cardiol. 2020;73(4):282-289

Artículo original

Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional



Mariana Haebeler^a, Inmaculada León-Gómez^b, Beatriz Pérez-Gómez^{b,c}, María Tellez-Plaza^b, Fernando Rodríguez-Artalejo^{a,c} e Iñaki Galán^{a,b,*}

^aDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, IiPAZ, Madrid, España

^bDepartamento de Epidemiología de Enfermedades Crónicas, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^cCentro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

Historia del artículo:

Recibido el 27 de diciembre de 2018

Aceptado el 10 de julio de 2019

On-line el 3 de septiembre de 2019

Palabras clave:

Desigualdades en salud

Educación

Sexo

Interseccionalidad

Determinantes sociales de salud

RESUMEN

Introducción y objetivos: El sexo, la edad y el nivel de estudios, entre otros factores, interaccionan e influyen sobre la mortalidad. En España aún no se ha analizado de manera comprehensiva las desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular considerando la influencia conjunta del sexo, la edad y el nivel de estudios (perspectiva interseccional).

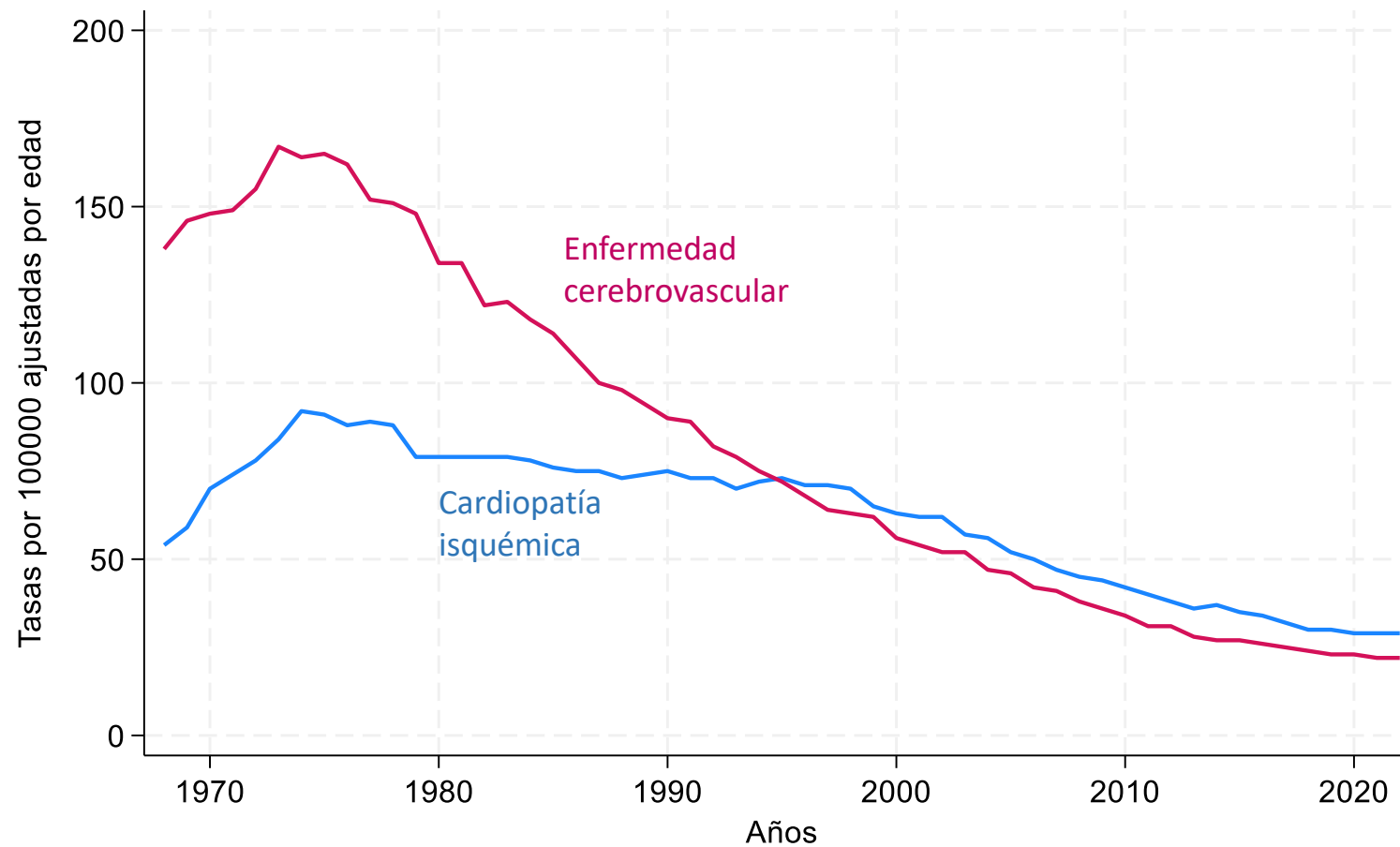
Métodos: Estudio de todos los fallecidos en España ≥ 30 años durante 2015 (datos del Instituto Nacional de Estadística) por enfermedad cardiovascular total, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y enfermedad cerebrovascular. El índice relativo de desigualdad (IRD) y el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) se estimaron mediante modelos de regresión de Poisson utilizando mortalidad ajustada por edad; el IRD se interpreta como el riesgo relativo de mortalidad entre el nivel de estudios más bajo y el más alto, y el IDP como la diferencia absoluta de mortalidad.

Resultados: El IRD en mortalidad por enfermedad cardiovascular total fue 1,88 (IC95%, 1,80-1,96) en mujeres y 1,44 (IC95%, 1,39-1,49) en varones. Los IDP fueron 178,46 y 149,43 muertes/100.000 respectivamente. Las mayores desigualdades se observaron en cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca en mujeres más jóvenes, con IRD > 4 . No hubo diferencias entre sexos en desigualdades por enfermedad cerebrovascular.

Conclusiones: La mortalidad cardiovascular está inversamente asociada con el nivel educativo. Esta desigualdad afecta más a la mortalidad prematura por causas cardíacas, especialmente entre mujeres. Su monitorización podría orientar la Estrategia de Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud, para reducir la desigualdad en la primera causa de muerte.

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

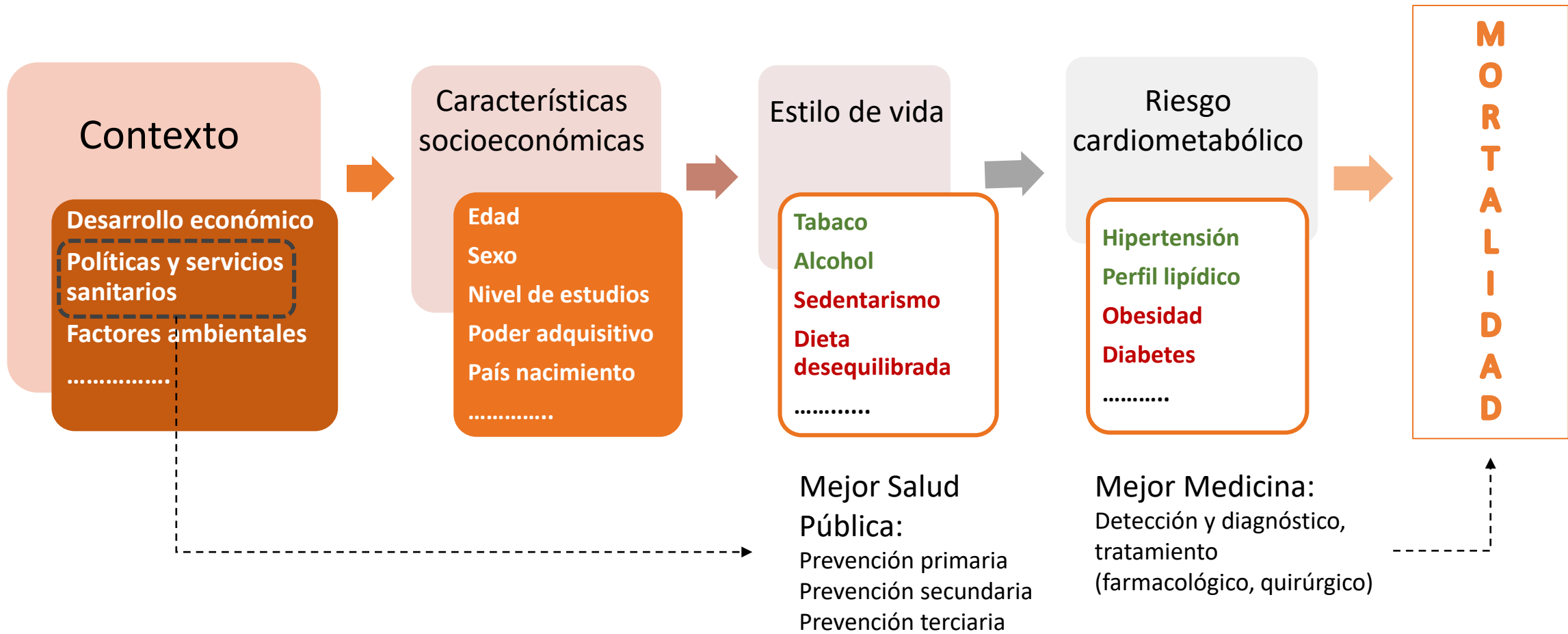
Tendencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España, 1968-2022



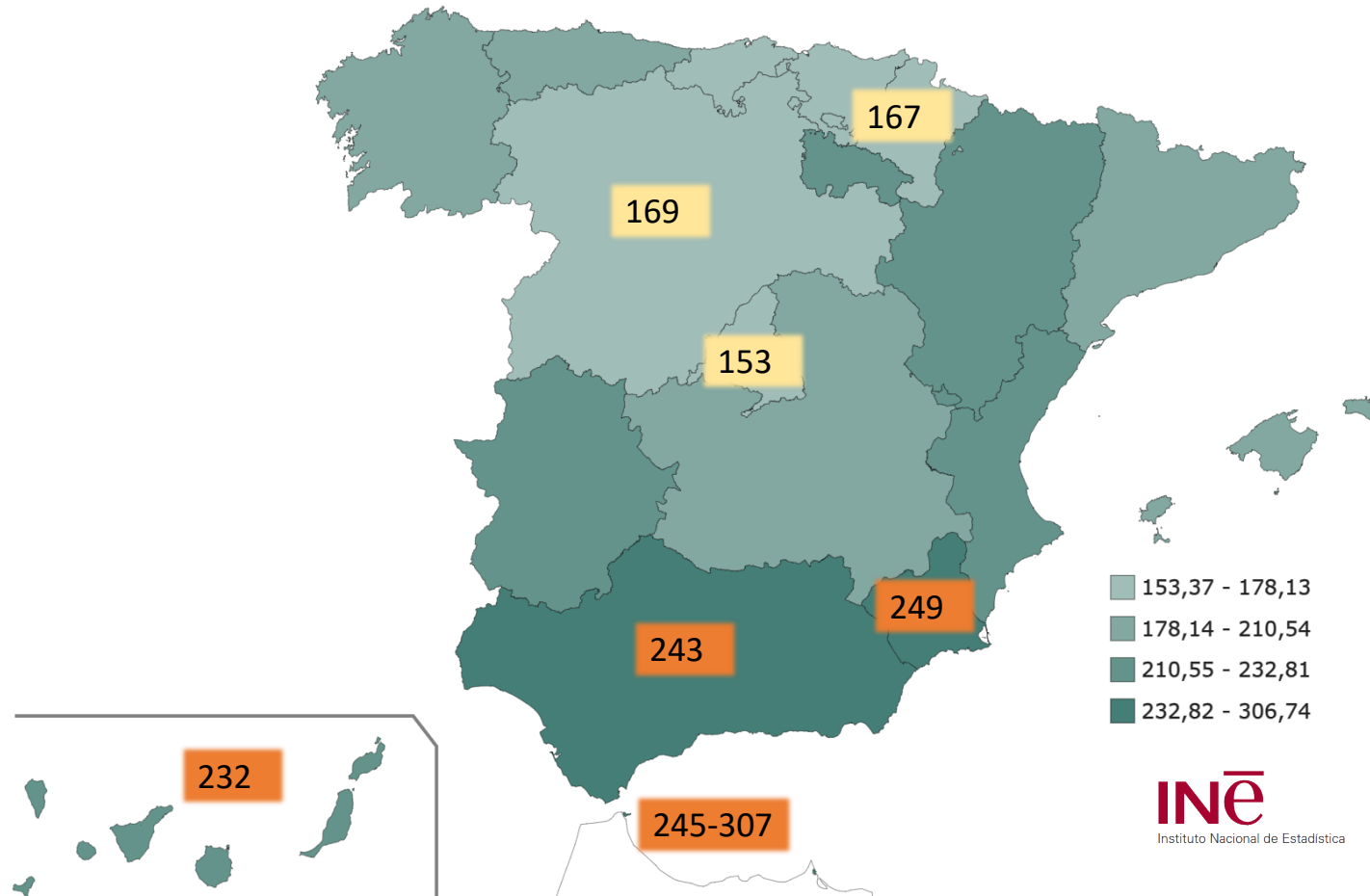
Fuente: WHO Mortality Database

Factores contextuales

Factores individuales



Tasa de mortalidad (por 100000 estandarizada por edad) por enfermedades cardiovasculares en las comunidades autónomas, 2023



Explicar las desigualdades territoriales (CCAA) en la mortalidad cardiovascular en España a partir de las diferencias en el desarrollo económico y las políticas sanitarias

de forma independiente a variaciones en los factores de riesgo individuales



ESTUDIO MESES

Vinculación (DNI/NIE) de la **M**ortalidad a las **E**ncuestas de **S**alud en **E**spaña



Instituto Nacional de Estadística

ENSE 2011

16.244 personas ≥40 años

755 muertes por CV

EESE 2014

18.372 personas ≥40 años

720 muertes por CV

7,9 años de seguimiento (promedio)

1962 fallecidos CV

ENSE 2017

17.748 personas ≥40 años

487 muertes por CV

2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

Años de seguimiento

Variables Contextuales (CCAA)

PIB per cápita

Índice de Comparación Relativa de los Servicios Regionales de Salud

Índice de Comparación Relativa de la atención cardiológica

Variables individuales

Sociodemográficas

Edad

Sexo

Nivel educativo

Universitarios

Secundarios 2º grado

Secundarios 1º grado

≤ Primarios

Ingresos familiares pc

Bajos

Medios

Altos

Estado civil

Soltero

Casado

Viudo

Separado/divorciado

Municipio de residencia

>500.000 hab.

50.000-500.000 hab.

10.000-50.000 hab.

<10.000 hab.

Estilo de vida

Consumo de tabaco

No fumadores

Exfumadores

Fumadores 1-14 cg/día

Fumadores ≥15 cig/día

Consumo de alcohol promedio

Abstemios

Exbebedores

Bebedores ocasionales

1-20 g/día

>20 g/día

Consumo alcohol *binge drinking*

Sí/No

Actividad física tiempo libre

Elevada

Moderada

Ocasional

Sedentaria

Adherencia dieta mediterránea

Puntuación 0-10

Riesgo cardiometabólico

Índice de masa corporal

<25

25-30

≥30

Presión arterial elevada

Sí/No

Colesterol elevado

Sí/No

Diabetes

Sí/No

Antecedentes (Sí/No) de:

Infarto

Otras enf. del corazón

Ictus

Contextuales (CCAA)

PIB per cápita

**Índice de
Comparación Relativa
de los Servicios
Regionales de Salud**

Índice de
Comparación Relativa
de la atención
cardiológica



**LOS SERVICIOS SANITARIOS
DE LAS CCAA**



**INFORME 2024
(XXº Informe)**

JUNIO DE 2024

*Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad
Pública*

Incluyen parámetros que son utilizados en las valoraciones de los sistemas sanitarios mundiales por la OCDE, OMS, Eurostat, Healthcare Access and Quality Index, e indicadores claves del SNS

Contextuales (CCAA)

PIB per cápita

Índice de Comparación Relativa de los Servicios Regionales de Salud

Índice de Comparación Relativa de la Atención Cardiológica

Financiación, recursos y funcionamiento:

1. Presupuesto sanitario per cápita
2. Camas por 1000 habitantes
3. Quirófanos por 1000 habitantes
4. TAC/Resonancia magnética por millón de habitantes
5. Médicos de atención especializada por 1000 habitantes
6. Enfermería de atención especializada por 1000 habitantes
7. Médicos de atención primaria por 1000 habitantes
8. Enfermería de atención primaria por 1000 habitantes
9. Cesáreas, % sobre total de partos
10. Coste medio de alta hospitalaria calculada por GRD
11. Número de intervenciones por quirófano
12. Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria
13. Número de urgencias por 1000 habitantes

Política farmacéutica:

14. Gasto farmacéutico en recetas (euros per cápita)
15. Aumento del gasto farmacéutico en recetas
16. Porcentaje de genéricos (% sobre el total de envases)
17. Gasto farmacéutico hospitalario (euros per cápita)
18. Aumento del gasto hospitalario

Valoración de los servicios por los ciudadanos:

19. Satisfacción con el sistema. Puntuación de 0 a 10 que dan los ciudadanos
20. Porcentaje de ciudadanos que eligen la Sanidad Pública para hospitalización
21. Porcentaje de personas atendidas en atención Primaria, especialistas, urgencias u hospitalización, consideran que la atención recibida fue buena o muy buena
22. Porcentaje de personas que considera que la Sanidad Pública funciona bastante bien

Listas de espera:

23. Porcentaje de personas que cuando piden cita al especialista se la dan en 30 días o menos
24. Porcentaje de personas que cuando piden cita al especialista se la dan en 24 horas o menos
25. Días de promedio de espera en lista de espera quirúrgica
26. Días de promedio de espera en lista de espera de consultas especialista

Privatización sanitaria:

27. Gasto de bolsillo anual por persona en Sanidad
28. Porcentaje del gasto sanitario dedicado a contratación con centros privados

Promedio años 2018, 2022, 2023

Se agrupan las CCAA en cuartiles para cada indicador y se suma el número de cuartil de los 28 indicadores

Rango de puntuación (de peor a mejor): 28-112

1. Navarra	91
2. País Vasco	90
3. Asturias	80
.	
.	
.	
.	
15. Andalucía	55
16. Canarias	54
17. C. Valenciana	49

Contextuales (CCAA)

PIB per cápita

Índice de Comparación Relativa de los Servicios Regionales de Salud

Índice de Comparación Relativa de la atención cardiológica

1. **Camas de cardiología** por 100.000 habitantes, promedio 2018, 2019, 2022, 2023
2. **Cardiólogos** por 100.000 habitantes, promedio 2018, 2019, 2022, 2023
3. Número habitantes por **sala de hemodinámica**, promedio 2018, 2019, 2022, 2023
4. Número de habitantes por **sala de electrofisiología**, promedio 2018, 2019, 2022, 2023
5. **Intervenciones percutáneas coronarias primarias** por millón de habitantes, promedio 2018, 2019, 2022, 2023
6. Consumo de **marcapasos** por millón de habitantes, promedio 2018, 2019, 2022, 2023
7. **Mortalidad intrahospitalaria** por enfermedades del sistema circulatorio ajustadas por riesgo (comorbilidad ...) promedio 2018, 2019, 2022, 2023
8. **Reingresos a los 30 días** de altas de enfermedades del sistema circulatorio ajustados por riesgo (comorbilidad ...) promedio 2018, 2019, 2022, 2023

Promedio años 2018-2023

Se agrupan las CCAA en cuartiles para cada indicador y se suma el número de cuartil de los 8 indicadores

Rango de puntuación (de peor a mejor): 8-32

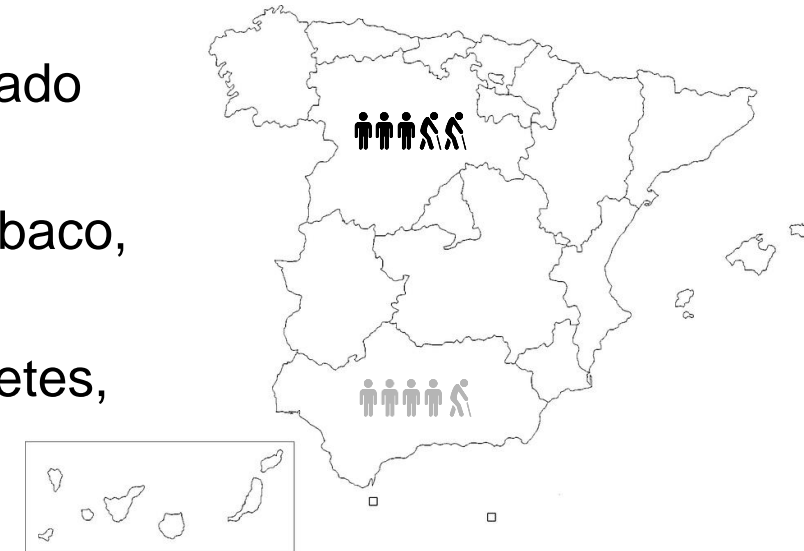


1. Aragón	26	
2. Asturias	26	
3. Cantabria	26	
.		
.		
.		
.		
15. Baleares	15	
16. C. Valenciana	15	
17. Andalucía	12	

Primera etapa: Análisis de datos individuales (I)

- **Población no intercambiable** entre regiones respecto a predictores de mortalidad cardiovascular:
 - **Sociodemográficos:** periodo, edad, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel educativo, ingresos, tamaño municipal.
 - **Estilos de vida:** IMC, actividad física, dieta mediterránea, tabaco, consumo regular y excesivo de alcohol.
 - **Cardiometabólicos:** hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, ECV prevalente.
- **Comparación sesgada de las tasas crudas** (*observadas*) de mortalidad cardiovascular entre regiones.
- **Estratificación dispersa** (>1 billón de estratos al combinar categorías de los 18 predictores) → Imposible obtener tasas estandarizadas mediante estratificación.

Población original



Primera etapa: Análisis de datos individuales (II)

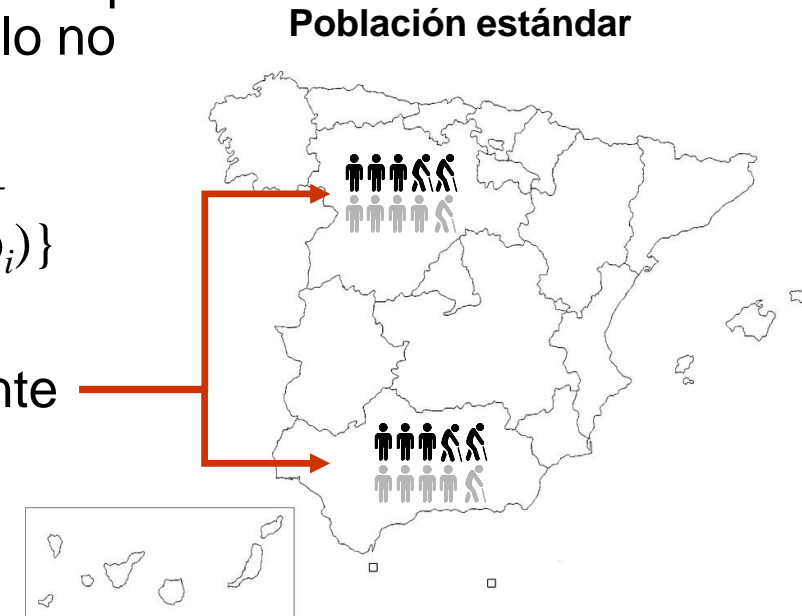
- **Estandarización basada en modelo de Poisson** para las muertes por ECV según región R y predictores \mathbf{P} de cada participante (modelo no saturado con efectos principales e interacciones con sexo S):

- Tasas predichas individuales: $I(r_i, s_i, \mathbf{p}_i) = \exp\{b_0 + b_1 r_i + \mathbf{b}_2 \mathbf{p}_i + s_i(d_0 + d_1 r_i + \mathbf{d}_2 \mathbf{p}_i)\}$

- **Tasa estandarizada** en región r : $I_S(r) = \sum_i I(r_i = r, s_i, \mathbf{p}_i)/n$
Media de las tasas predichas asumiendo que cada participante estuviera en esa región.

- **Interpretación** de tasas estandarizadas de mortalidad ECV:

- **Clásica:** Tasas estandarizadas a la distribución global de factores sociodemográficos, estilos de vida y cardiometabólicos en toda la población española.
 - **Causal:** En ausencia de predictores no medidos o mal especificados, tasas (*contrafácticas*) que se habrían observado si todos los individuos de la población hubieran residido en dicha región.



Tasas crudas y estandarizadas

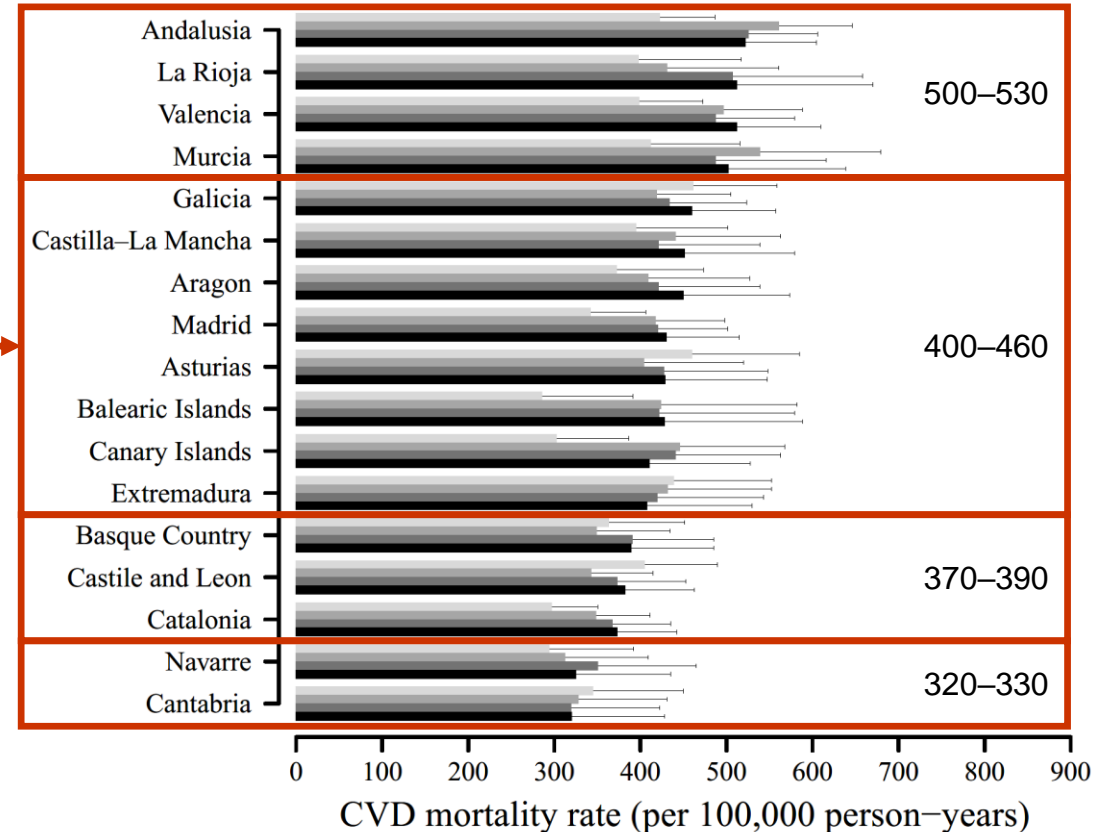
■ Tasas crudas:

- **Global:** 374 muertes por 100.000 pers-año no institucionalizadas mayores de 40 años.
- **Por región:** entre 286 y 462 muertes por 100.000 pers-año.

■ Tasas estandarizadas:

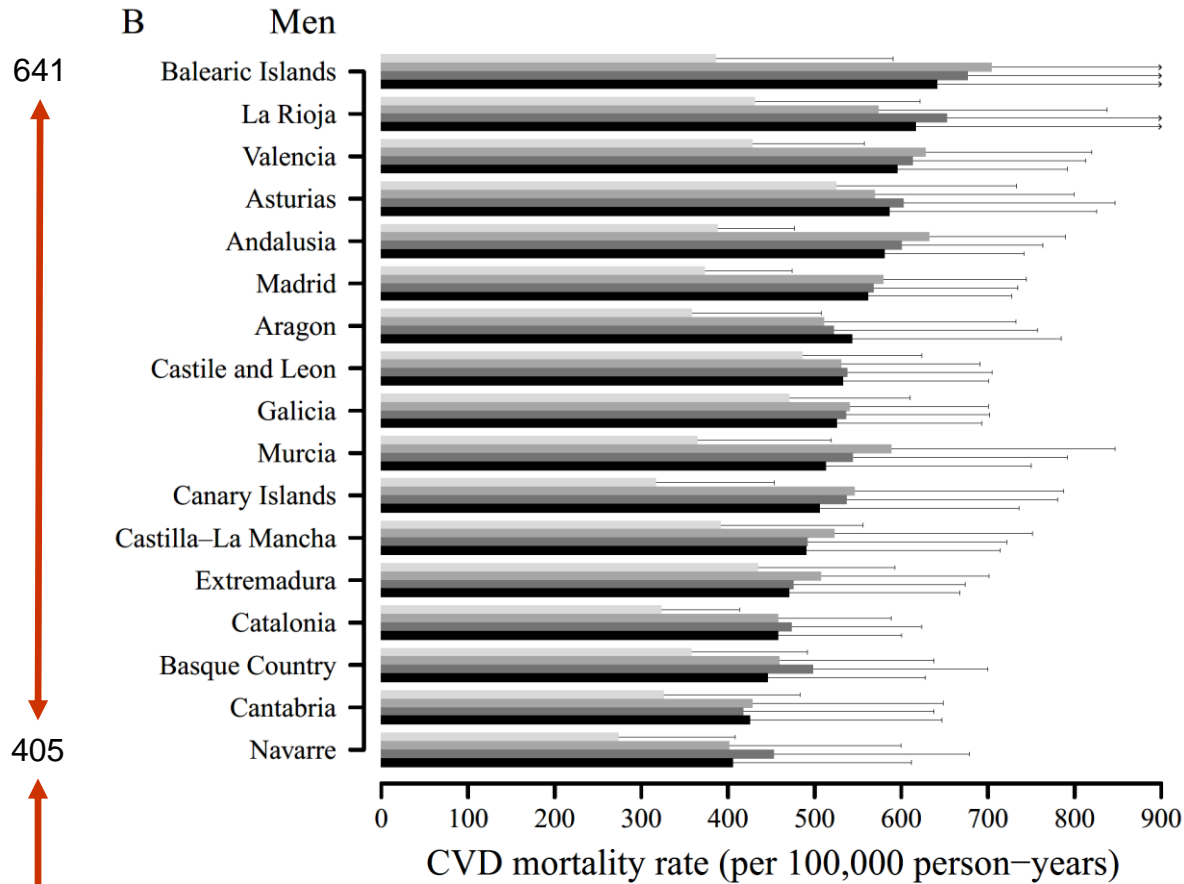
- Aunque las tasas específicas por región están afectadas por las características de su población, permanece una **gran heterogeneidad** tras controlar por diferencias en factores sociodemográficos, estilos de vida y cardiometabólicos.

A Both sexes



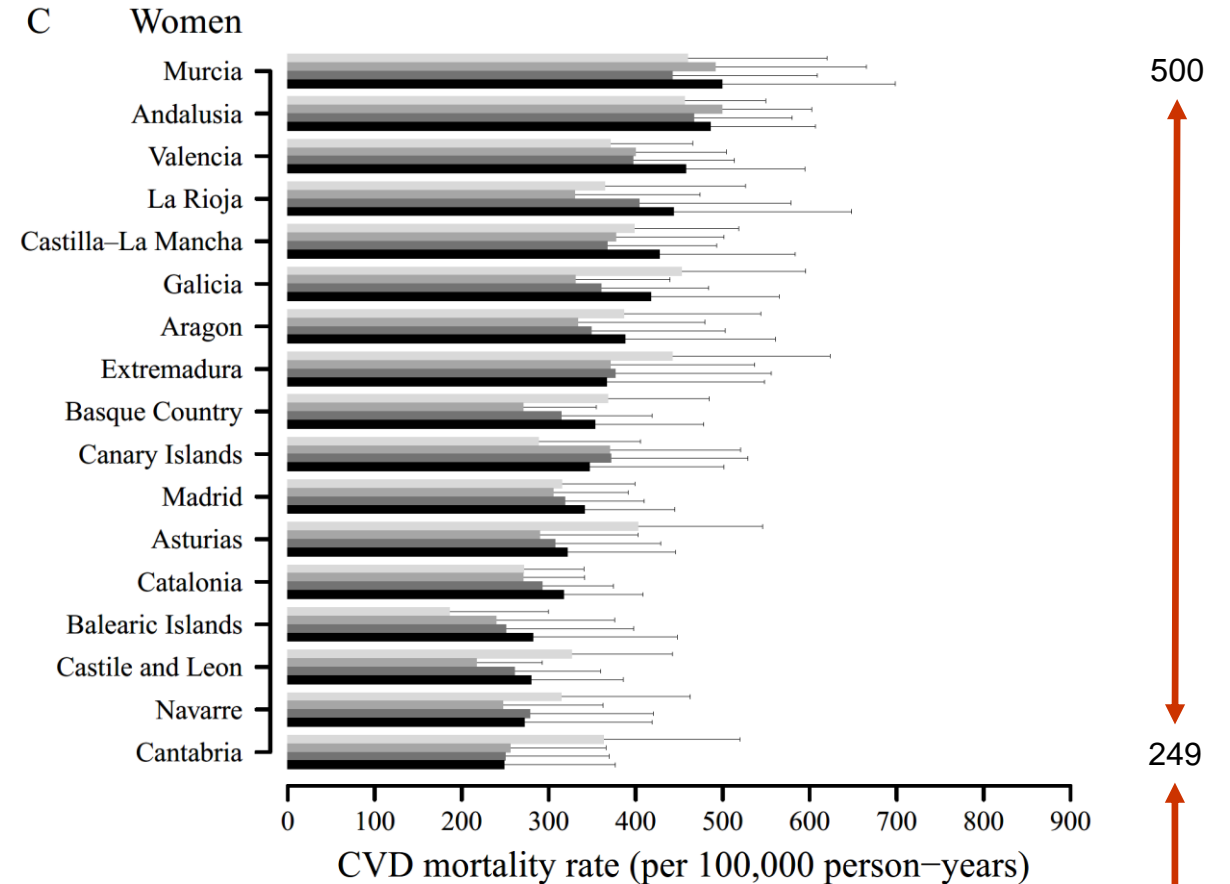
- Crude
- Sociodemographic-standardized
- Sociodemographic- and lifestyle-standardized
- Sociodemographic-, lifestyle-, and cardiometabolic-standardized

Tasas crudas y estandarizadas por sexo



■ **Hombres:**

- **Tasa cruda:** 387 muertes por 100.000 pers-año.
- **Tasa estandarizada:** 531 muertes por 100.000 pers-año.



■ **Mujeres:**

- **Tasa cruda:** 362 muertes por 100.000 pers-año.
- **Tasa estandarizada:** 384 muertes por 100.000 pers-año.

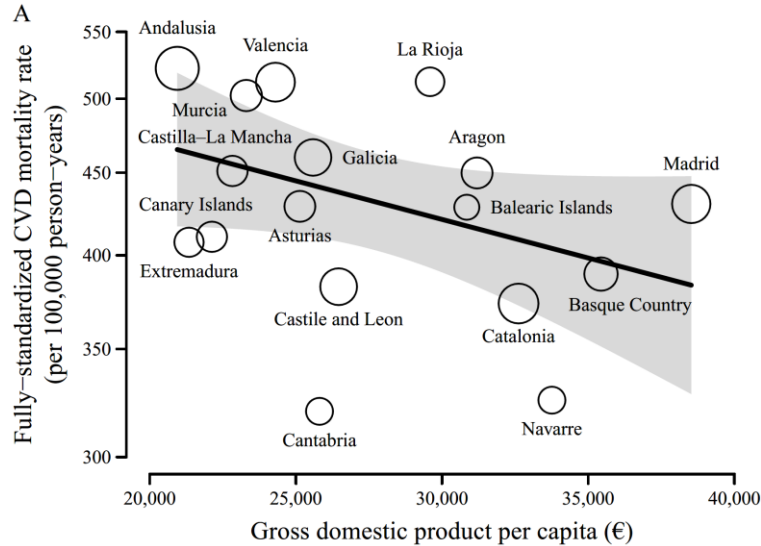
Segunda etapa: Análisis de indicadores regionales

- **Meta-regresión de efectos aleatorios** del logaritmo de las tasas estandarizadas frente a cada indicador regional X (PIB, indicadores de servicios sanitarios y atención cardiológica):

$\log\{I_S(r)\} = a_0 + a_1 x_r + u_r + e_r$, donde $\text{var}(u_r) = v$ es la varianza subyacente entre regiones y $\text{var}(e_r)$ es la varianza de cada estimación intra-región.

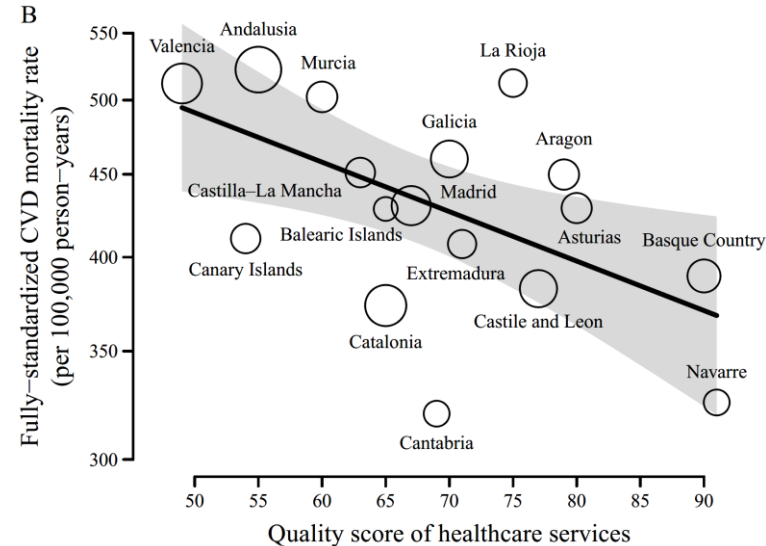
- $100\{\exp(a_1 c) - 1\}$ es el **cambio porcentual** en la tasa estandarizada por Δc del indicador.
- $100(1 - v/v_0)$ es el porcentaje de la **varianza** entre regiones **explicada** por el indicador.
- **Modelos** de meta-regresión **múltiples** con el PIB y cada indicador sanitario.
- Este análisis en dos etapas es similar a un **modelo de Poisson multinivel** con efectos individuales (primer nivel) y efectos contextuales (segundo nivel), salvo que incluye:
 - Pesos de muestreo y efectos de diseño en la primera etapa de análisis individual.
 - **Efecto marginal** de los indicadores regionales sobre las tasas estandarizadas (promediadas a la distribución de predictores individuales en toda la población), **en lugar del efecto condicional** sobre las tasas ajustadas a valores fijos de dichos predictores.

Tasas estandarizadas según indicadores regionales (I)



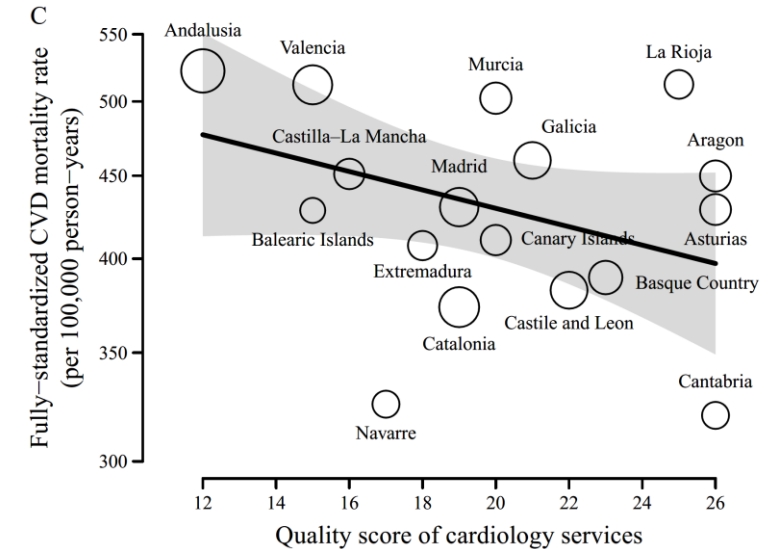
■ Producto interior bruto:

- **Disminución del 5,3%** (IC 95% -11,2 a 0,9%) en las tasas estandarizadas por incremento de 5.000 €.
- **Varianza explicada** entre regiones del **41%**.



■ Servicios sanitarios:

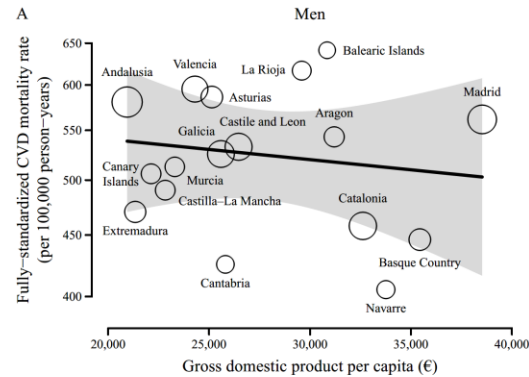
- **Disminución del 8,1%** (IC 95% -13,9 a -1,9%) en las tasas estandarizadas por incremento de 12 puntos.
- **Varianza explicada** entre regiones del **75%**.



■ Atención cardiológica:

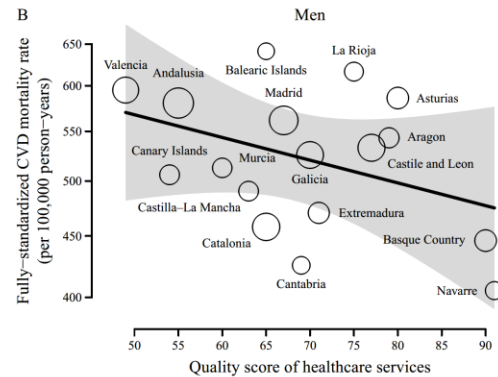
- **Disminución del 5,1%** (IC 95% -11,2 a 1,5%) en las tasas estandarizadas por incremento de 4 puntos.
- **Varianza explicada** entre regiones del **43%**.

Tasas estandarizadas según indicadores regionales (II)



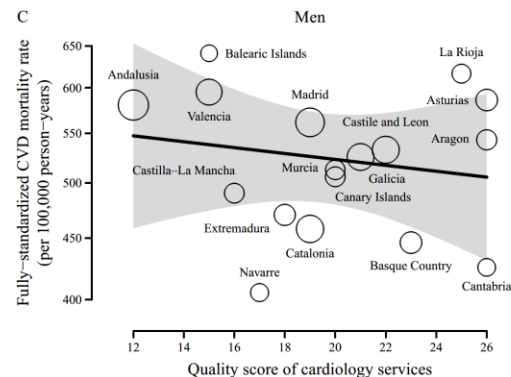
Producto interior bruto:

- Hombres:** disminución del **1,9%** (IC 95% -9,3 a 6,0%) por incremento de 5.000 €.
- Mujeres:** disminución del **8,3%** (IC 95% -16,2 a 0,3%) por incremento de 5.000 €.



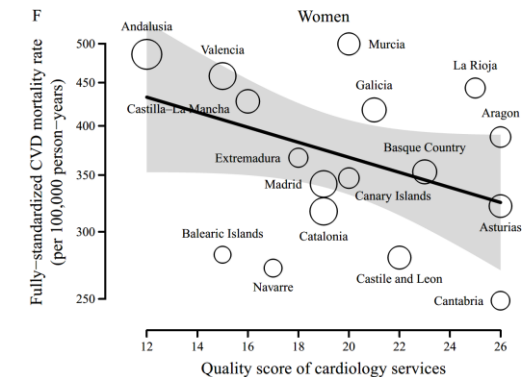
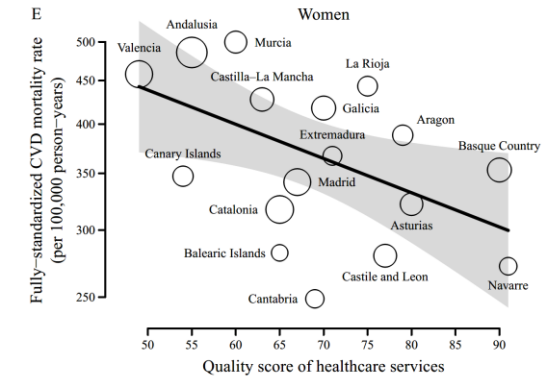
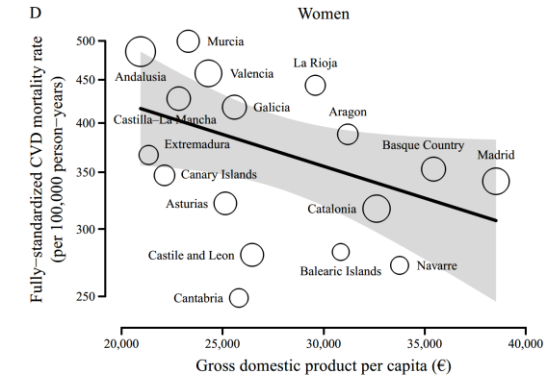
Servicios sanitarios:

- Hombres:** disminución del **5,1%** (IC 95% -13,4 a 4,0%) por incremento de 12 puntos.
- Mujeres:** disminución del **10,6%** (IC 95% -18,8 a -1,5%) por incremento de 12 puntos.



Atención cardiológica:

- Hombres:** disminución del **2,2%** (IC 95% -10,0 a 6,2%) por incremento de 4 puntos.
- Mujeres:** disminución del **7,8%** (IC 95% -16,2 a 1,3%) por incremento de 4 puntos.



Tasas estandarizadas según indicadores regionales (III)

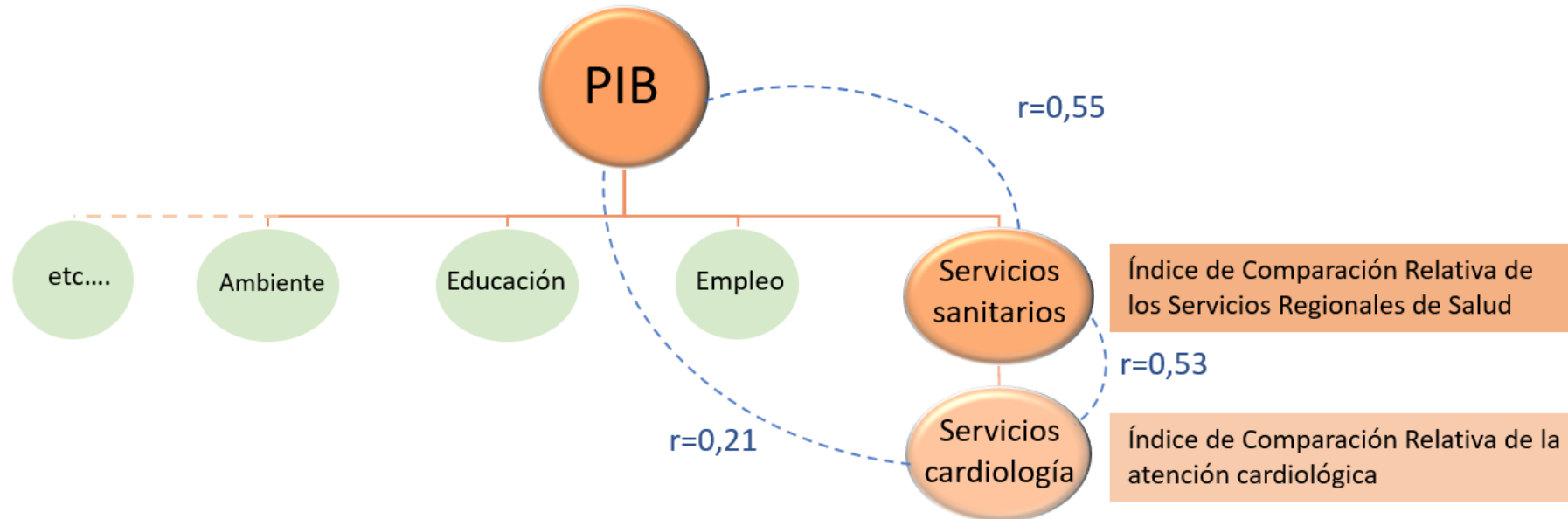
Tabla. Cambios porcentuales en las tasas estandarizadas de mortalidad cardiovascular según producto interior bruto per cápita e indicadores de servicios sanitarios y atención cardiológica en cada región.

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Cambio porcentual (IC 95%)	Varianza explicada entre regiones (%)	Cambio porcentual (IC 95%)	Varianza explicada entre regiones (%)	Cambio porcentual (IC 95%)	Varianza explicada entre regiones (%)
Modelos simples						
Producto interior bruto	-5.3 (-11.2 a 0.9)	41.1	-1.9 (-9.3 a 6.0)	NA	-8.3 (-16.2 a 0.3)	55.9
Calidad de servicios sanitarios	-8.1 (-13.9 a -1.9)	74.5	-5.1 (-13.4 a 4.0)	NA	-10.6 (-18.8 a -1.5)	69.9
Calidad de atención cardiológica	-5.1 (-11.2 a 1.5)	42.8	-2.2 (-10.0 a 6.2)	NA	-7.8 (-16.2 a 1.3)	57.3
Modelo múltiple		77.1		NA		81.1
Producto interior bruto	-2.5 (-8.9 a 4.4)		0.3 (-8.3 a 9.6)		-4.9 (-13.9 a 5.2)	
Calidad de servicios sanitarios	-6.7 (-13.6 a 0.7)		-5.2 (-14.7 a 5.3)		-7.9 (-17.8 a 3.3)	
Modelo múltiple		63.1		NA		90.5
Producto interior bruto	-4.3 (-10.4 a 2.2)		-1.4 (-9.2 a 7.0)		-6.6 (-14.7 a 2.2)	
Calidad de atención cardiológica	-3.9 (-10.2 a 2.9)		-1.8 (-10.0 a 7.1)		-6.0 (-14.4 a 3.2)	

Modelos de meta-regresión múltiples:

- La disminución de tasas con la calidad de los servicios sanitarios se mantiene fuerte (de -8,1% a -6,7%), mientras que la tendencia con el producto interno bruto se diluye notablemente (de -5,3% a -2,5%).
- Las disminuciones de tasas con el producto interno bruto y la calidad de la atención cardiológica se atenúan de manera similar (de -5,3% a -4,3% y de -5,1% a -3,9%).

- Después de ajustar la mortalidad cardiovascular por numerosos factores sociodemográficos y de riesgo cardiovascular, continúa existiendo una gran variabilidad entre CCAA
- Sin embargo, la mayor parte de esa variabilidad desaparece cuando se introducen las variables de desarrollo económico y políticas sanitarias



- Diversos **estudios previos (diseño ecológico)** respaldan la **asociación inversa entre el PIB per cápita** y la mortalidad entre CCAA. Uno de los argumentos es su relación con el gasto sanitario y tener mejores tecnologías sanitarias
- En España, esta relación ha sido criticada en base a que el Sistema Nacional de Salud reduce las desigualdades en el diagnóstico, tratamiento y control de factores de riesgo. Por tanto, esta asociación podría reflejar diferencias en los determinantes sociales más que en la provisión de servicios sanitarios
- Sin embargo, la realidad es que existe una gran desigualdad territorial en la valoración (puntuación) de los Servicios Regionales de Salud y de atención cardiológica
- En nuestro estudio, **el PIB per cápita explica menos la variabilidad entre CCAA que el Índice de Comparación Relativa de los Servicios Regionales de Salud**

- En España, existe **una importante variación en el uso de tecnologías sanitarias en cardiología** (*estudio con diseño ecológico*). Sin embargo, no se observa una correlación significativa entre la penetración de estas técnicas y los índices de riqueza y gasto sanitario de las CCAA.
- En nuestro estudio tampoco se observa una buena correlación del gasto sanitario con el uso de tecnologías sanitarias en cardiología (aunque sí con el número de camas y cardiólogos por habitante)
 - La asociación del **Índice de Comparación de la atención cardiológica y la mortalidad es de menor magnitud que el Índice de Comparación de los Servicios Regionales de Salud**

➤ Mayor impacto en las mujeres

- La población femenina presenta tasas de mortalidad elevadas debido a un menor reconocimiento y diagnóstico de la enfermedad, y un menor tratamiento para una misma patología cardiovascular. Además, las desigualdades socioeconómicas en la enfermedad cardiovascular son de mayor magnitud en mujeres que en hombres.
- Es plausible que bajo esta mayor vulnerabilidad, el efecto del desarrollo económico y de las políticas sanitarias en la desigualdad territorial tenga un mayor impacto en la población femenina
- Este resultado es importante porque una mejora de los servicios sanitarios podría contribuir también a reducir la desigualdad de género

FORTALEZAS

- La principal fortaleza es el **diseño prospectivo del estudio basado en observaciones individuales** que permiten analizar las variables contextuales sin incurrir en la falacia ecológica
- Es una cohorte **representativa de la población española** con un amplio tamaño muestral
- Se ha trabajado con **índices de servicios de salud compuestos**, que abordan de forma más integral la influencia de las políticas sanitarias respecto a indicadores individuales que suelen estar bastante correlacionados

LIMITACIONES

- Naturaleza **autodeclarada de los datos individuales** de la encuesta
- Solo se pudo obtener información de la **mortalidad cardiovascular total**, no de causas específicas
- **Modesto poder estadístico** en las estimaciones de la meta-regresión
- Los Índices de Comparación Relativa de los Servicios Regionales de Salud y de atención cardiológica **no han sido evaluados previamente**
- **No se incluyeron otras variables contextuales** relacionadas con el ambiente físico y social debido a que la agregación de estos factores en un territorio tan amplio (CCAA) no representaría una buena aproximación de la exposición
- **No se pudo incluir en los análisis las ciudades de Ceuta y Melilla** debido a limitaciones en el acceso a los indicadores sanitarios

CONCLUSIONES



- Las diferencias en el desarrollo económico, así como una mejor valoración del sistema sanitario público y de atención cardiológica en las comunidades autónomas, explicarían en gran medida las desigualdades territoriales en la mortalidad cardiovascular en España
- Esta asociación es de mayor magnitud en la población femenina. Una mejora de los Servicios Regionales de Salud y de atención cardiológica podrían contribuir a reducir las desigualdades en la enfermedad cardiovascular entre hombres y mujeres

Gestión de resultados ¿Cómo trasladarlos a las políticas?

- Hay que fortalecer los servicios sanitarios de las CCAA con menor valoración en los índices
- La Estrategia de Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud debería tener un rol principal en este proceso de transferencia
- Pero también hay que revisar y evaluar los índices utilizados
- ¿Algunos indicadores son más relevantes que otros?
- ¿Falta información importante que incorporar a los índices?
 - Una información clave es el control en las CCAA de los factores de riesgo cardiovascular en Atención Primaria (BDCAP)