

Original

# Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas discapacitadas

Cristina Hernández Quevedo<sup>a,\*</sup> y Dolores Jiménez Rubio<sup>b</sup><sup>a</sup> Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y Políticas, LSE Health, Londres, Reino Unido<sup>b</sup> Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada, Granada, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 26 de mayo de 2011

Aceptado el 28 de septiembre de 2011

On-line el 7 de diciembre de 2011

### Palabras clave:

Discapacidad  
Equidad en acceso  
Necesidad no cubierta  
Servicios sociosanitarios  
España

## R E S U M E N

**Objetivos:** El objetivo de «igual acceso a igual necesidad» forma parte de la agenda política de la mayoría de los países europeos. Varios estudios han proporcionado evidencia en la equidad en el uso de servicios sanitarios de la población adulta en España. Sin embargo, la equidad en el acceso a los servicios sociosanitarios en la población discapacitada ha recibido menor atención. En este estudio presentamos un análisis de la distribución de la necesidad no cubierta de un conjunto de prestaciones sanitarias, sociales y económicas en función de la renta en la población discapacitada en España.

**Métodos:** Medimos el nivel de inequidad horizontal en la percepción de necesidades no cubiertas de diversas prestaciones socioeconómicas, utilizando datos de la encuesta de discapacidad EDAD2008 y métodos basados en el Índice de Concentración.

**Resultados:** Los resultados indican que en España no hay una distribución equitativa de la necesidad no cubierta para los individuos discapacitados, y que son los individuos con niveles socioeconómicos más bajos los que concentran en mayor grado la necesidad no cubierta. Asimismo, los patrones de inequidad horizontal percibida por el individuo varían en función del sexo y la edad, así como de la prestación específica y de las razones que motivan dicha necesidad no cubierta.

**Conclusiones:** De los resultados se desprende la importancia de la situación socioeconómica en el acceso a determinadas prestaciones sociosanitarias por parte de la población discapacitada. Estos resultados facilitarían el diseño de políticas que reduzcan barreras en el acceso a dichas prestaciones sociosanitarias para los individuos discapacitados en España.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Inequity in the use of health and social care services for disabled individuals in Spain

### A B S T R A C T

**Objectives:** The objective of “equal access for equal need” is part of the policy agenda of most European countries. Several studies have provided evidence of equity in the use of healthcare services by the adult population in Spain. However, less attention has been paid to equity in access to health and social care services among the disabled population. In this study, we present an analysis of the distribution of unmet need for a set of economic, health and social care services by the disabled population in Spain.

**Methods:** Horizontal inequity in unmet need for various socioeconomic services was measured by using data from the EDAD2008 survey conducted in the disabled population in Spain and methods based on the Concentration Index.

**Results:** In Spain the distribution of unmet need among disabled individuals is not equitable. The greatest proportion of unmet needs is concentrated among individuals at the bottom of the income distribution. In addition, the level of horizontal inequity differs depending on the individual's gender and age, together with the specific service analyzed and the reasons giving rise to this unmet need.

**Conclusions:** Socioeconomic status is important in access to health and social care services by the disabled. These results will allow policymakers to design policies aimed at reducing barriers to health and social care services among the disabled population in Spain.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Los sistemas de salud con cobertura universal tienen como objetivo proteger a la población de la potencial reducción de renta como

consecuencia de la pérdida de salud, y lograr así la equidad horizontal, esto es, conseguir igual acceso a la atención sanitaria para aquellos con las mismas necesidades. De hecho, la distribución de recursos sanitarios según necesidad podría mejorar la salud de la población e incluso reducir las desigualdades en salud en los países de renta alta.

Un número creciente de países y organizaciones internacionales reconocen la necesidad de reducir la inequidad en el acceso a los

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk (C. Hernández Quevedo).

servicios sanitarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea han desempeñado un importante papel en proporcionar un marco y los principios para fomentar la acción en muchos países. En particular, para la OMS, un sistema de salud equitativo no es considerado un objetivo final, sino un objetivo instrumental, con la intención de mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud<sup>1,2</sup>.

Varios estudios, nacionales y regionales, han proporcionado evidencia sobre la equidad en el uso de los servicios sanitarios de la población adulta en España. Sin embargo, la equidad en el acceso a los servicios sociosanitarios por parte de la población discapacitada ha recibido menor atención en la literatura, a pesar de que estos individuos son los mayores consumidores de servicios sanitarios y los que, además, posiblemente encuentran más dificultades en el acceso a ellos. Por otro lado, hay un especial interés en el análisis de las posibles barreras al acceso de prestaciones sociosanitarias por parte de la población discapacitada a medida que envejece, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de la discapacidad<sup>3</sup>; también las barreras al acceso de los servicios sanitarios que podría sufrir la población general se acrecientan con el envejecimiento de la población. Éste sería el caso de las barreras relacionadas con las limitaciones en la movilidad, el apoyo social insuficiente y el acceso reducido a información sanitaria, como por ejemplo la información accesible a través de Internet.

Asimismo, es probable que estas barreras se distribuyan de forma poco equitativa entre grupos socioeconómicos y den lugar a que los individuos de edad avanzada con mayor nivel de educación y seguridad financiera experimenten menos barreras a la entrada que aquellos con menor nivel educativo y un nivel de renta más bajo. Esto podría deberse, entre otras razones, a una distribución geográfica poco equitativa de los servicios sanitarios, a diferencias (conscientes o inconscientes) de los proveedores sanitarios a la hora de tratar a pacientes de diferente estatus socioeconómico, o a la existencia de diferencias en la demanda de servicios sanitarios entre pacientes con diferentes niveles de renta y educación<sup>4</sup>.

Para el caso español, varios estudios han explorado la existencia de desigualdades en salud relacionadas con la renta y en la inequidad en el acceso a la atención de salud para la población en su conjunto<sup>5-9</sup>. Estos trabajos nos muestran que hay inequidad horizontal en la utilización de los servicios sanitarios en España relacionada con el nivel de ingresos. En particular, García y López<sup>7</sup>, usando las encuestas de salud españolas de 1987 y 2001, encuentran que aunque en 2001 la renta ya no influye en la utilización para el mismo nivel de necesidad, la tenencia de seguro privado sí tiene un papel destacado, con un incremento de su contribución a lo largo del tiempo.

Estudios comparativos de ámbito europeo nos muestran que España presenta inequidad horizontal en varios indicadores relativos a la utilización de los servicios sanitarios: a igual necesidad, el número de visitas al médico de cabecera está concentrado en los individuos más pobres, y sin embargo, el número de visitas al médico especialista está concentrado en los individuos con mayor nivel de renta, como en el resto de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) considerados<sup>10</sup>. España parece situarse en la media respecto a dicho nivel de inequidad. Destaca en este estudio comparativo la situación de España como uno de los países en Europa con mayor nivel de inequidad horizontal en el número de visitas al dentista, sólo superado por Portugal y Estados Unidos. Un estudio reciente que analiza el nivel de equidad horizontal para la población de 50 años y más de edad en 12 países europeos y Estados Unidos no encuentra inequidad horizontal significativa en la probabilidad de visitar a un médico en España. Sin embargo, sí se encuentra en la probabilidad de una visita al dentista, y son los individuos más ricos los que tienen mayor probabilidad de dicha visita que aquellos con menor nivel de renta, una vez controlado por las variables de necesidad<sup>11</sup>.

A pesar de la evidencia disponible sobre la utilización de servicios sanitarios en España, hasta ahora no se ha realizado un análisis de la existencia de inequidad horizontal en el acceso a las prestaciones sociosanitarias por parte de los individuos discapacitados, y por ello este estudio contribuye a la literatura al respecto. Centramos nuestra atención en la necesidad no cubierta de acceder a dichas prestaciones, es decir, en aquellos individuos que, necesitando alguno de estos servicios, no los ha recibido. Asimismo, analizamos las barreras que han impedido que el individuo reciba dichos servicios. En el análisis utilizamos el índice de inequidad horizontal, basado en el concepto de la curva de concentración, con la intención de proporcionar información sobre el nivel de inequidad en la necesidad no cubierta de diferentes prestaciones sociosanitarias para la población discapacitada, así como los motivos que explican las razones por las que un individuo que ha requerido alguno de los servicios no lo ha recibido.

## Métodos

Este trabajo tiene por objeto medir el nivel de inequidad horizontal en la necesidad no cubierta de diversas prestaciones socioeconómicas mediante el índice de concentración (IC), uno de los indicadores más empleados para medir las desigualdades e inequidades<sup>12</sup>, que proporciona una medida de desigualdad relativa de salud relacionada con la renta<sup>13</sup>.

La curva de concentración podría aplicarse a una medida de necesidad no cubierta, como es el caso en este estudio, para así reflejar el nivel de desigualdad de necesidad no cubierta de un conjunto de prestaciones sociosanitarias según la situación socioeconómica.

Hay varias formas de expresar el IC algebraicamente. La fórmula más conveniente para nuestro propósito es:

$$IC = \frac{2}{\mu} cov(y_i, R_i) \quad (1)$$

que muestra que el valor del IC es igual a la covarianza entre un indicador de necesidad no cubierta de prestaciones sociosanitarias ( $y_i$ ) y el *ranking* relativo de individuos según su nivel socioeconómico ( $R_i$ ), escalada por el promedio de esta variable de necesidad no cubierta en la población ( $\mu$ ). Dicha expresión se multiplica por 2 para asegurarnos de que el IC toma valores entre -1 y +1.

Para medir el nivel de equidad en necesidad no cubierta, utilizamos el índice de inequidad horizontal (IH), que mide el nivel de igualdad en el acceso a prestaciones sanitarias, sociales y económicas controlando por las variables de necesidad<sup>14</sup>. El IH está basado en el IC anteriormente descrito. Para su cálculo, en primer lugar obtenemos los valores de necesidad no cubierta predichos según necesidad. Para ello, estimamos una regresión OLS lineal de la forma:

$$\hat{y}^X = \hat{\alpha} + \hat{\beta} \ln inc^m + \sum_k \hat{\gamma}_k x_{k,i} + \sum_p \hat{\delta}_p z_p^m, \quad (2)$$

donde  $\hat{y}^X$  es el nivel de necesidad no cubierta predicha según necesidad,  $\ln inc^m$  es el nivel medio de la renta,  $z_p^m$  representa los valores medios de las variables socioeconómicas de no necesidad y  $x_k$  incluye las diferentes variables de necesidad.

Seguidamente obtenemos el nivel de necesidad no cubierta indirectamente estandarizada por necesidad ( $\hat{y}_i^{IS}$ ), que corresponde a la diferencia entre el nivel de necesidad no cubierta actual ( $y_i$ ) y la esperada según necesidad ( $\hat{y}_i^X$ ) más la media muestral ( $y^m$ ), como sigue:

$$\hat{y}_i^{IS} = y_i - \hat{y}_i^X + y^m \quad (3)$$

El IC de la necesidad no cubierta estandarizada por necesidad, calculado utilizando la fórmula (1), nos proporciona nuestro IH<sup>10</sup>.

Asimismo, este índice ha sido normalizado siguiendo la corrección propuesta por Erreygers<sup>15</sup>:

$$ICC = \frac{4 * \bar{h}}{h^{\max} - h^{\min}} * IC(h) \quad (4)$$

donde ICC es el IC corregido (correspondiente al IH utilizado en las siguientes tablas y figuras),  $\bar{h}$  es la media de nuestra variable  $\hat{y}_i^{IS}$ ,  $h^{\max} - h^{\min}$  es el rango de dicha variable de necesidad no cubierta estandarizada por necesidad, e  $IC(h)$  representa el IH sin normalizar. De esta forma se evita el problema de dependencia con respecto a la media que conlleva el IC original, que podría proporcionar estimaciones sesgadas del nivel de inequidad horizontal entre hombres y mujeres, así como entre grupos de edad o por razones de necesidad no cubierta.

Valores del IH mayores que 0 indican que hay inequidad en la necesidad no cubierta a favor de los individuos más pobres, esto es, si asumimos que todos los individuos tienen un mismo nivel de necesidad de dichas prestaciones, la necesidad no cubierta de las prestaciones sociosanitarias estaría concentrada en los individuos con mayor nivel de renta. Si el IH es igual a 0 no hay inequidad, mientras un IH negativo indica inequidad en necesidad no cubierta a favor de los individuos con mayores recursos<sup>10,16,17</sup>.

## Datos y variables

### EDAD2008

Para llevar a cabo el estudio utilizamos datos para España procedentes de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia del año 2008 (EDAD2008). Esta encuesta surge con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística y el apoyo del Ministerio de Salud y Política Social, la Fundación ONCE, CERMI y FEAPS. La EDAD2008 proporciona información sobre el acceso a las prestaciones sanitarias, sociales y económicas, y sobre las posibles causas de la necesidad no cubierta en dichas prestaciones en la población discapacitada en España. Además, incluye variables relacionadas con la salud del individuo, así como variables demográficas y socioeconómicas relevantes para este análisis.

La encuesta se ha realizado en dos etapas. En la primera, la encuesta se dirige a personas que residen en hogares, con un tamaño muestral de 96.000 viviendas familiares, equivalente a 260.000 personas (EDADh-2008). La recogida de datos en este caso tuvo lugar entre noviembre de 2007 y febrero de 2008. En la segunda etapa, la encuesta se dirige a personas residentes en instituciones públicas o privadas, bien sean centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad menores de 65 años u hospitales psiquiátricos y geriátricos de larga estancia, con un tamaño muestral de 800 centros y 1100 personas (EDADc-2008). Con el fin de trabajar con una muestra homogénea, los datos referentes a los individuos institucionalizados no se han incluido en el análisis.

Para el propósito de este trabajo utilizamos la encuesta de hogares para individuos de 16 años o más de edad. Asimismo, para el cálculo de las desigualdades y la inequidad en dichas prestaciones, ponderamos las observaciones con los pesos incluidos en la encuesta. La encuesta de hogares EDADh-2008 es representativa de la población discapacitada residente en España, en los ámbitos nacional, regional y provincial.

### Variables

En este trabajo se analiza la equidad horizontal en la necesidad no cubierta de prestaciones sanitarias, sociales y económicas por parte de la población discapacitada. Para ello, además de las

variables de necesidad no cubierta a explicar, consideramos un conjunto de variables que representan necesidad, así como variables de no necesidad<sup>18</sup>.

### Necesidad no cubierta de prestaciones sanitarias y socioeconómicas

En EDAD2008 se proporciona información acerca de 24 tipos de prestaciones sanitarias, sociales y económicas: servicios de podología, rehabilitación médico-funcional, rehabilitación del lenguaje/logopeda, rehabilitación ortoprotésica, atención psicológica o en salud mental, teleasistencia, atención domiciliaria programada, ayuda a domicilio de carácter social, centro de día, centros ocupacionales, actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre, terapia ocupacional o adiestramiento en actividades de la vida diaria, información/asesoramiento/valoración, asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario, atención psicossocial a familiares, servicios de respiro y estancias temporales, servicio de intérpretes de la lengua de signos, otros sistemas alternativos de comunicación, transporte sanitario o adaptado, centros residenciales, turismo y termalismo para personas con discapacidad, y orientación/preparación laboral. En concreto, a los individuos encuestados se les pregunta si debido a alguna discapacidad han necesitado recibir alguno o varios de los mencionados servicios sanitarios o sociales.

En este estudio nos centramos en aquellos individuos que responden haber necesitado algún servicio y no lo han recibido en el periodo concreto, siendo ésta una respuesta de percepción de dicha necesidad no cubierta, y por tanto una medida subjetiva. Debido al bajo número de observaciones para cada servicio en particular, creamos un indicador de necesidad no cubierta de las prestaciones anteriormente descritas, agregando el número de observaciones para todas las prestaciones. Por tanto, el indicador toma el valor 1 si el individuo refiere haber sufrido necesidad no cubierta para al menos una de las prestaciones consideradas.

Además, a aquellos que perciben una necesidad no cubierta se les pregunta los motivos por los que no han recibido el servicio, con cinco posibles respuestas: lista de espera, no disponible en el entorno, no puede pagarlo, no cumple alguno de los requisitos exigidos y otros motivos. Para llevar a cabo nuestro análisis, y siguiendo estudios previos sobre necesidad no cubierta en atención sanitaria<sup>17</sup>, creamos tres indicadores: un indicador de necesidad no cubierta debido a disponibilidad del servicio que toma valor 1 si el individuo ha percibido lista de espera o el servicio no está disponible en el entorno; un indicador de necesidad no cubierta debido al coste de dicho servicio, si el individuo no puede pagarlo; y finalmente un indicador de necesidad no cubierta debido a otras razones, que incluye no cumplir alguno de los requisitos exigidos y otros motivos.

### Variables de necesidad

En este estudio se consideran variables de necesidad aquellas relacionadas con la salud del individuo, así como la edad y el sexo.

Utilizamos cuatro medidas relacionadas con la salud: un indicador que refleja si el individuo ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura durante los últimos 12 meses; cinco indicadores binarios de muy buena, buena, regular, mala y muy mala salud, contruidos a partir de una pregunta sobre salud autopercebida con dichas cinco posibles respuestas; un indicador subjetivo de sufrir alguna enfermedad o problema de salud crónicos; y por último otro indicador subjetivo referido a si el individuo sufre alguna limitación (grave, o limitado pero no grave) para realizar las actividades de la vida diaria debido a un problema de salud o discapacidad. Asimismo, hemos introducido como variable de necesidad un indicador binario que captura si el individuo

percibe estar incapacitado para trabajar cuando se le pregunta en relación a su actividad económica.

La edad está capturada por cinco *dummies* que reflejan el intervalo de edad que caracteriza al individuo (16-34, 35-44, 45-64, 65-74, y mayor de 75 años). Además, permitimos la interacción de las diferentes categorías de edad y sexo, tomando a los hombres con edades comprendidas entre 16 y 34 años como categoría de referencia en el análisis de toda la población.

#### *Variables socioeconómicas*

Como variables socioeconómicas utilizamos el logaritmo de la renta del hogar equivalente, ajustada por el tamaño del hogar y su composición a través de la escala modificada de la OCDE, que otorga un peso de 1 al sustentador principal del hogar, 0,5 al siguiente adulto en el hogar y 0,3 a los menores de edad. Para transformar en continua la variable categórica original de renta utilizamos el valor medio de las diez categorías en que se clasifican los ingresos totales del hogar en la encuesta EDAD2008<sup>19</sup>. Cuatro variables binarias representan la situación marital (soltero, casado, divorciado/separado, viudo), siendo «casado» la categoría de referencia. Al mismo tiempo, el nivel de educación alcanzado está representado por cuatro posibles categorías, siguiendo la clasificación incluida en EDAD2008: sin estudios, estudios primarios y secundarios de primera etapa, estudios secundarios de segunda etapa, y estudios universitarios, siendo «sin estudios» la categoría de referencia. La situación laboral está representada por seis posibles categorías: empleado, desempleado, jubilado, estudiante, tareas del hogar y otras actividades, con «empleados» como categoría de referencia.

Incluimos las 18 comunidades autónomas para ajustar por la región de residencia del individuo (con Andalucía como categoría de referencia), así como un indicador de si el individuo ha nacido en España (frente a haber nacido en otro país).

#### *Análisis descriptivo*

El análisis descriptivo de las variables utilizadas en este estudio se presenta en la [tabla 1](#), distinguiendo según sexo y especificando el tamaño muestral de cada grupo.

Respecto a las variables de necesidad no cubierta de prestaciones sanitarias agregada para todos los servicios incluidos en la encuesta, se observa que las mujeres presentan un mayor nivel de necesidad no cubierta (6%) que los hombres discapacitados (5%). Si nos centramos en diez servicios concretos, que se corresponden con los de mayor proporción de individuos que perciben necesidad no cubierta, observamos que el acceso a pruebas diagnósticas, servicios de podología, rehabilitación médico-funcional, así como la atención domiciliar programada y la ayuda a domicilio de carácter social, presentan una media superior al promedio de todos los servicios agregados. En particular, destaca la proporción de individuos que perciben haber necesitado ayuda a domicilio de carácter social, pero que no la han recibido (1,50%). En todos los servicios considerados, la proporción de necesidad no cubierta es superior para las mujeres que para los hombres, excepto la necesidad no cubierta de actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre, que es inferior (5% frente al 6% para los hombres), así como el acceso a la información, asesoramiento y valoración, que es similar a la media de los hombres (5%). Si analizamos en concreto los motivos de dicha necesidad no cubierta agregada para todos los servicios, se observa que el principal motivo es lo que llamamos «otras razones» (3%), seguido por la disponibilidad de los servicios (lista de espera y disponibilidad del servicio en el entorno del individuo) y el coste de las prestaciones.

Respecto a las variables de necesidad, las mujeres perciben en menor proporción una muy buena (1,27%) o buena salud (19,77%),

en comparación con los hombres (2,39% y 28,8%, respectivamente), y sufren más accidentes, enfermedades crónicas y limitaciones en la actividad diaria. Como era de esperar, la proporción de individuos con enfermedades crónicas (80%) o limitaciones en la actividad diaria (75%) incluida en esta encuesta es muy superior que en otras encuestas españolas no centradas en la discapacidad.

La proporción de mujeres en la encuesta es superior a la de hombres (61,22%), especialmente a medida que aumenta la edad. La mayor proporción de hombres se localiza en el tramo de edad entre los 45 y los 65 años (50%).

En la muestra utilizada hay una alta representación de individuos casados (50%) o viudos (28%), y es especialmente significativa la tasa de mujeres viudas (39% frente al 11% de hombres viudos). El nivel de educación máximo alcanzado corresponde a estudios de primaria y secundaria de primera etapa (73%), con una mayor proporción para las mujeres. También es más alta la tasa de mujeres sin estudios que de hombres (13% frente a 7%). La mayor parte de los individuos incluidos en nuestra muestra están jubilados (67%), con una proporción mayor de hombres que de mujeres. El 97% de los individuos ha nacido en España, con la mayor proporción de residentes en Andalucía (19%) y la menor en Ceuta y Melilla y La Rioja (3,8% y 4,7%, respectivamente).

## **Resultados**

Los resultados completos para todas las variables explicativas de los IH, así como sus correspondientes intervalos de confianza y significación estadística, se encuentran en la [tabla 2](#).

Respecto a la variable de necesidad no cubierta de prestaciones agregada para todos los servicios, puede observarse que el IH es negativo y estadísticamente significativo (-0,011), lo que indica que, a igual nivel de necesidad, la percepción de necesidad no cubierta está desproporcionadamente concentrada en los individuos con menor nivel de renta ([tabla 2](#)).

En la [figura 1](#) se muestran los IH para la necesidad no cubierta de todos los servicios, por sexo y por grupos de edad. Asimismo, se incluye el intervalo de confianza del 95%. Puede verse que el nivel de inequidad horizontal percibida para los hombres no es estadísticamente significativo. Sin embargo, la inequidad horizontal para las mujeres es estadísticamente significativa y negativa, lo cual nos indica que una vez controlado por el nivel de necesidad de cada grupo hay inequidad en la percepción de necesidad no cubierta en las mujeres, y que está concentrada en las más desfavorecidas (-0,014), mientras que en los hombres no es significativa.

Asimismo, si distinguimos entre menores de 50 años y de 50 o más años de edad, observamos que son las mujeres de 50 o más años las que presentan un nivel estadísticamente significativo de inequidad horizontal. Es decir, para igual necesidad, la percepción de necesidad no cubierta de servicios sociosanitarios por parte de las mujeres mayores de 50 años está concentrada en los individuos con menor nivel de renta.

En la [figura 2](#) se representan los índices de inequidad horizontal percibida para los servicios sociosanitarios con mayores niveles de necesidad no cubierta. Se observa que todos los índices son negativos, excepto para el caso de atención psicológica o en salud mental (no estadísticamente significativa). Respecto al resto de los servicios, cabe destacar la magnitud de la inequidad horizontal en el caso de la ayuda a domicilio de carácter social (-0,006) y de información, asesoramiento y valoración (-0,004). Cuidados médicos o de enfermería, pruebas diagnósticas y actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre, también presentan barreras en el acceso para los individuos con menor nivel de renta.

Si analizamos el nivel de inequidad horizontal percibida respecto a los motivos por los que estas prestaciones no han sido cubiertas, puede verse que la necesidad no cubierta debido a listas

**Tabla 1**  
Promedio de las principales variables utilizadas (EDAD2008)

	Promedio 2008		
	Todos (N=22.336)	Hombres (N=8661)	Mujeres (N=13.675)
<i>Necesidad no cubierta</i>			
Necesidad no cubierta - todos los servicios	0,0592	0,0492	0,0657
<i>Necesidad no cubierta por servicios</i>			
Cuidados médicos y/o enfermería	0,0056	0,0045	0,0064
Pruebas diagnósticas	0,0066	0,0060	0,0070
Servicios de podología	0,0071	0,0062	0,0077
Rehabilitación médico-funcional	0,0084	0,0064	0,0098
Atención psicológica y/o en salud mental	0,0054	0,0046	0,0059
Teleasistencia	0,0055	0,0033	0,0069
Atención domiciliar programada	0,0085	0,0052	0,0107
Ayuda a domicilio de carácter social	0,0150	0,0105	0,0178
Actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre	0,0051	0,0058	0,0047
Información/asesoramiento/valoración	0,0048	0,0049	0,0048
<i>Motivos necesidad no cubierta</i>			
Disponibilidad	0,0260	0,0208	0,0293
Coste	0,0127	0,0119	0,0133
Otras razones	0,0309	0,0252	0,0346
<i>Salud autopercebida</i>			
Muy buena	0,0171	0,0239	0,0127
Buena	0,2327	0,2881	0,1977
Regular	0,4497	0,4284	0,4632
Mala	0,2341	0,2016	0,2546
Muy mala	0,0663	0,0579	0,0717
Accidente	0,1312	0,0890	0,1581
<i>Enfermedad crónica</i>	0,8046	0,7546	0,8371
<i>Limitación en actividad diaria</i>	0,7527	0,7280	0,7687
<i>Edad y sexo</i>			
Hombres 16-34 años	0,0391	0,0995	
Hombres 35-44 años	0,0402	0,1023	
Hombres 45-64 años	0,1972	0,5009	
Hombres 65-74 años	0,0732	0,1859	
Hombres 75 y más años	0,1307	0,3321	
Mujeres 16-34 años	0,0265		0,0437
Mujeres 35-44 años	0,0369		0,0609
Mujeres 45-64 años	0,3872		0,6388
Mujeres 65-74 años	0,1148		0,1893
Mujeres 75 y más años	0,2815		0,4645
<i>Ln Renta</i>	6,5052	6,5157	6,4983
<i>Situación marital</i>			
Casado	0,5028	0,6058	0,4359
Soltero	0,1740	0,2429	0,1295
Viudo	0,2798	0,1116	0,3891
Divorciado/separado	0,0431	0,0398	0,0453
<i>Educación</i>			
No cualificación	0,1085	0,0736	0,1312
Estudios primarios	0,7311	0,7176	0,7398
Estudios secundarios	0,1066	0,1422	0,0834
Estudios de grado superior y universitarios	0,0536	0,0664	0,0453
<i>Actividad económica</i>			
Empleado	0,1144	0,1625	0,0831
Desempleado	0,0302	0,0340	0,0278
Jubilado	0,6671	0,7395	0,6201
Incapacitado	0,0296	0,0291	0,0299
Estudiante	0,0091	0,0143	0,0057
Hogar	0,1218	0,0021	0,1996
Otras actividades	0,0274	0,0181	0,0335
<i>País de nacimiento</i>			
Nacido en España	0,9690	0,9671	0,9703
<i>Comunidad Autónoma</i>			
Andalucía	0,1894	0,1828	0,1936
Aragón	0,0297	0,0296	0,0297
Principado de Asturias	0,0275	0,0242	0,0297
Islas Baleares	0,0177	0,0169	0,0182
Canarias	0,0357	0,0400	0,0329
Cantabria	0,0099	0,0095	0,0102
Castilla y León	0,0679	0,0691	0,0672
Castilla-La Mancha	0,0486	0,0480	0,0490

**Tabla 1** (Continuación)

	Promedio 2008		
	Todos (N=22.336)	Hombres (N=8661)	Mujeres (N=13.675)
Cataluña	0,1346	0,1330	0,1356
Comunidad Valenciana	0,1193	0,1273	0,1141
Extremadura	0,0294	0,0280	0,0303
Galicia	0,0782	0,0751	0,0799
Comunidad de Madrid	0,1134	0,1152	0,1122
Región de Murcia	0,0338	0,0355	0,0326
Comunidad Foral de Navarra	0,0110	0,0113	0,0108
País Vasco	0,0446	0,0447	0,0445
La Rioja	0,0047	0,0045	0,0049
Ceuta y Melilla	0,0038	0,0039	0,0037

**Tabla 2**  
Índices de inequidad horizontal e intervalos de confianza del 95%

	Inequidad horizontal(IC95%)
<i>Necesidad no cubierta</i>	
Todos los servicios	-0,011 <sup>a</sup> (-0,018 a -0,004)
Todos los servicios, hombres	-0,004 (-0,014 a 0,006)
Todos los servicios, mujeres	-0,014 <sup>a</sup> (-0,022 a -0,005)
Todos los servicios, hombres 16-49 años	0,004 (-0,019 a 0,028)
Todos los servicios, hombres 50 y más años	-0,062 (-0,150 a 0,026)
Todos los servicios, mujeres 16-49 años	-0,013 (-0,035 a 0,010)
Todos los servicios, mujeres 50 y más años	-0,015 <sup>a</sup> (-0,025 a -0,005)
<i>Necesidad no cubierta por servicios</i>	
Cuidados médicos y/o enfermería	-0,003 <sup>b</sup> (-0,005 a -0,001)
Pruebas diagnósticas	-0,002 <sup>c</sup> (-0,005 a 0,000)
Servicios de podología	-0,001 (-0,003 a 0,002)
Rehabilitación médico-funcional	-0,001 (-0,004 a 0,002)
Atención psicológica y/o en salud mental	0,000 (-0,002 a 0,002)
Teleasistencia	-0,001 (-0,003 a 0,002)
Atención domiciliar programada	-0,002 (-0,005 a 0,001)
Ayuda a domicilio de carácter social	-0,006 <sup>a</sup> (-0,010 a -0,003)
Actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre	-0,002 <sup>c</sup> (-0,004 a 0,000)
Información/asesoramiento/valoración	-0,004 <sup>a</sup> (-0,006 a -0,002)
<i>Motivos necesidad no cubierta</i>	
Disponibilidad	-0,006 <sup>b</sup> (-0,011 a -0,001)
Coste	-0,005 <sup>a</sup> (-0,009 a -0,002)
Otras razones	-0,004 (-0,010 a 0,001)

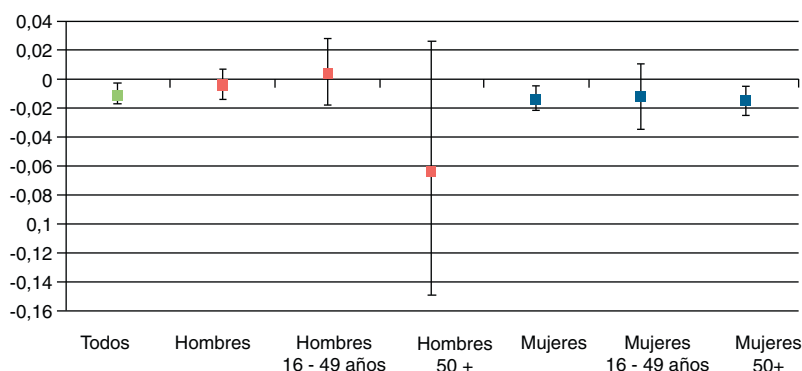
IC95%: intervalo de confianza del 95%.

<sup>a</sup> Estadísticamente significativo al 1% de nivel de significación.

<sup>b</sup> Estadísticamente significativo al 5% de nivel de significación.

<sup>c</sup> Estadísticamente significativo al 10% de nivel de significación.

de espera y disponibilidad en el entorno de los servicios presenta el mayor nivel de inequidad concentrada en los individuos con menos renta. El coste asociado a los servicios también muestra un índice de inequidad negativo, y por tanto son los individuos con menor nivel de renta los que no reciben las prestaciones como consecuencia de no poder pagar dicho servicio (fig. 3).



**Figura 1.** Índices de equidad horizontal según edad y sexo para la necesidad no cubierta de todas las prestaciones sociosanitarias (intervalo de confianza del 95%).

## Discusión

El objetivo igualitario definido como «igual acceso a igual necesidad» forma parte de la agenda política de la mayor parte de los países europeos. Esto supone que, a igual necesidad, no debería haber diferencias en el acceso a los servicios sanitarios por condiciones socioeconómicas, de raza o de sexo. En particular, y como parte del marco de desempeño de los servicios sanitarios presentado por la OMS en su informe del año 2000, la equidad horizontal en el acceso a los servicios sanitarios se ha definido como un instrumento indispensable para lograr una mejora en la salud, así como la reducción de las desigualdades en salud por motivos socioeconómicos<sup>1,2</sup>.

Varios estudios nacionales y regionales han proporcionado evidencia en la equidad en el uso de servicios sanitarios de la población adulta en España, así como en la necesidad no cubierta de servicios estrictamente sanitarios<sup>18</sup>. Sin embargo, la equidad en el uso de los servicios sociosanitarios en la población discapacitada ha recibido menor atención en la literatura, a pesar de que estos individuos son los mayores consumidores de servicios sanitarios, y posiblemente los que se enfrentan a más dificultades en el acceso a ellos. En España, 3,85 millones de personas residentes en hogares afirman tener discapacidad o limitación, lo que supone una tasa de 85,5 por mil habitantes<sup>3</sup>.

Con la intención de analizar las barreras al acceso de los servicios sanitarios de la población en España, en este estudio presentamos un análisis de la necesidad no cubierta de un conjunto de prestaciones sanitarias, sociales y económicas. En particular, la evidencia sobre la existencia de inequidad horizontal en la necesidad no cubierta de dichas prestaciones podría fundamentar el diseño de políticas que eliminen las barreras al acceso de estas prestaciones. Asimismo, en la literatura se ha interpretado el concepto de «necesidad no cubierta» como la satisfacción del individuo respecto a determinados servicios sanitarios<sup>20,21</sup>, y por tanto los resultados mostrados aquí podrían reflejar el nivel de satisfacción de los individuos con respecto a las diferentes prestaciones analizadas.

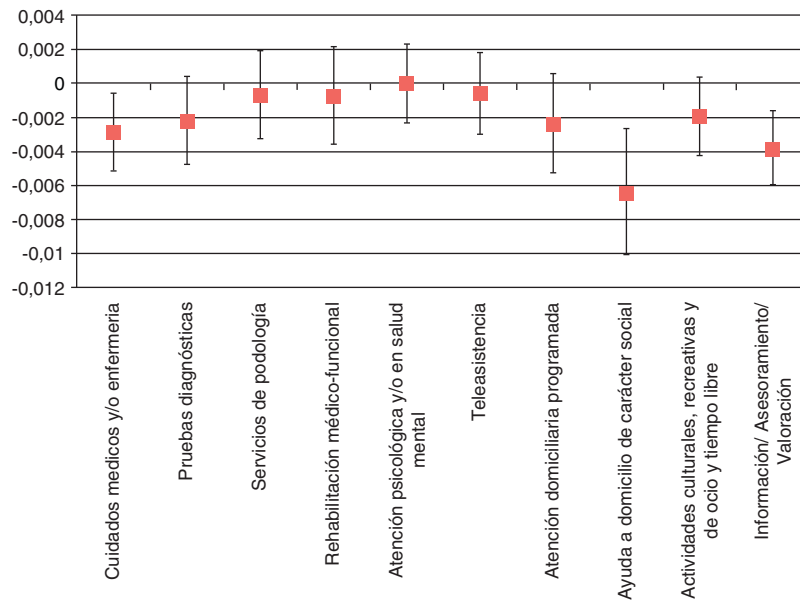


Figura 2. Inequidad horizontal para necesidad no cubierta en diferentes servicios sociosanitarios (intervalo de confianza del 95%).

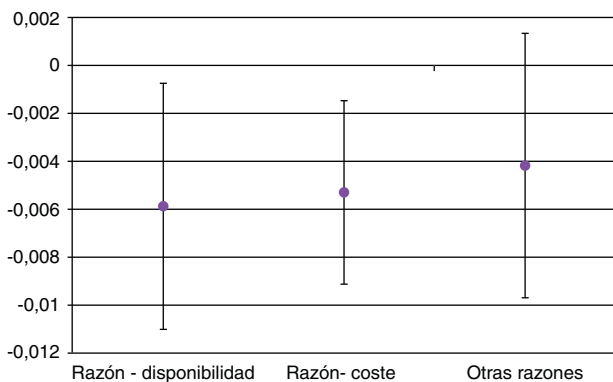


Figura 3. Índices de inequidad horizontal para necesidad no cubierta según los motivos (intervalo de confianza del 95%).

Para realizar este estudio utilizamos el IH basado en el concepto de la curva de concentración, con la intención de proporcionar información sobre el nivel de inequidad en la necesidad no cubierta autopercibida de diferentes prestaciones sociosanitarias para la población discapacitada, así como los motivos que explican por qué si un individuo ha necesitado alguno de los servicios no los ha recibido.

Los resultados iniciales indican que en España no hay una distribución equitativa de la necesidad no cubierta para los individuos discapacitados, y que son los individuos con niveles socioeconómicos más bajos los que aun necesitando ciertas prestaciones sanitarias, sociales y económicas, no las han recibido, frente a aquellos con mayor nivel socioeconómico. Este nivel de inequidad horizontal percibida es superior en las mujeres que en los hombres, en particular en las mayores de 50 años. Asimismo, los servicios que presentan el mayor grado de inequidad horizontal percibida son los de cuidados médicos o enfermería, ayuda a domicilio de carácter social, actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre, así como pruebas diagnósticas y los servicios de información, asesoramiento y valoración. Cabe destacar el nivel de inequidad horizontal correspondiente a la necesidad no cubierta de la ayuda a domicilio de carácter social, una de las prestaciones incluidas en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en España, sin que se encuentre inequidad horizontal en otras prestaciones del

SAAD como son teleasistencia o atención domiciliaria programada. En cuanto a los motivos de necesidad no cubierta, el mayor nivel de inequidad horizontal percibida se debe a razones de disponibilidad, seguido por el coste asociado a dichos servicios.

Los resultados de este estudio presentan varias limitaciones. En primer lugar, el indicador básico para medir la necesidad no cubierta es subjetivo, y la percepción de dicha necesidad podría variar en función del nivel socioeconómico del individuo. En segundo lugar, puesto que la variable «renta original» es categórica, su transformación en variable continua para obtener el *ranking* de los individuos podría introducir un sesgo en el cálculo del IH. Además, los datos del estudio son de corte transversal, por lo que no permiten controlar por factores no observables en el estudio que podrían tener un considerable efecto en la percepción de la necesidad no cubierta entre individuos. A pesar de estas limitaciones, este estudio es el primero que proporciona evidencia sobre el nivel de inequidad horizontal en la necesidad no cubierta de las prestaciones sociosanitarias por parte de la población discapacitada en España. Pese a las importantes implicaciones de política sanitaria de los resultados aquí presentados, sería deseable que futuros estudios profundizaran sobre los principales factores que contribuyen a tales inequidades, así como sobre sus causas.

#### ¿Qué se sabe sobre el tema?

Estudios europeos muestran evidencia de inequidad horizontal en la necesidad no cubierta de servicios médicos en España para la población general; sin embargo, se desconoce la magnitud de la inequidad para esta necesidad no cubierta, así como para otras prestaciones sociosanitarias, en los individuos discapacitados.

#### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Éste es el primer estudio que proporciona evidencia sobre la necesidad no cubierta de prestaciones sociosanitarias por parte de los individuos discapacitados en España. Los resultados muestran que hay inequidad horizontal concentrada en los más pobres en diversas prestaciones sociosanitarias, en especial para las mujeres mayores de 50 años, siendo también significativa en los servicios cubiertos por el SAAD.

### Contribuciones de autoría

D. Jiménez-Rubio preparó los datos para la realización del análisis. C. Hernández-Quevedo realizó el análisis empírico de los datos, así como una versión preliminar del manuscrito. Ambas autoras contribuyeron a la elaboración del contenido final del manuscrito.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

Los datos utilizados en este estudio han sido proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística español. Los colectores de datos no tienen ninguna responsabilidad sobre el análisis y las interpretaciones presentadas en este estudio. Los autores agradecen a David Epstein y Juan Oliva su ayuda en la obtención y preparación inicial de los datos, así como a los editores de este número especial y dos revisores anónimos por sus comentarios a una versión previa.

### Bibliografía

- World Health Organization. The World Health Report. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (I). Copenhagen: World Health Organization; 2006.
- Instituto Nacional de Estadística. Cifras INE: panorámica de la discapacidad en España. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística, 10/2009. Madrid: INE; 2009.
- Hurley J, Grignon M. Income and equity of access to physician services. *Can Med Assoc J.* 2006;174:187–8.
- Abásolo I, Manning R, Jones AM. Equity in utilization of and access to public sector GPs in Spain. *Applied Economics.* 2001;33:349–64.
- Clavero A, González ML. La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente. *Estadística Española.* 2005;158:55–87.
- García Gómez P, López Nicolás A. The evolution of socio-economic health inequalities in Spain: 1987–2001. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004.
- García-Gómez P, López-Nicolás A. Public and private health insurance and the utilisation of health care in Spain. *Equity Research on Economic Inequality.* 2007;15:169–95.
- Urbanos R. Explaining inequality in the use of public health care services: evidence from Spain. *Health Care Manag Sci.* 2001;4:143–57.
- Van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD; 2004.
- Allin S, Masseria C, Mossialos EA. Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am J Public Health.* 2009;99:1849–55.
- Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *J Human Resour.* 2000;35:716–33.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy.* 1989;5:89–112.
- Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequities in health: measurement, computation, and statistical inference. *J Econometrics.* 1997;77:87–103.
- Erreygers G. Correcting the concentration index. *J Health Economics.* 2009;28:504–15.
- Masseria C. Health inequality: why is it important and can we actually measure it? *Eurohealth.* 2009;15:4–6.
- Hernández-Quevedo C, Masseria C, Mossialos EA. Methodological issues in the analysis of the socioeconomic determinants of health using EU-SILC data. Luxembourg: Eurostat European Commission; 2010.
- Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. Health system performance: measuring equity of access to health care. En: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, et al., editores. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 187–221.
- Casado-Marín D. Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
- Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilisation of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine.* 2010;70:465–72.
- Hurley J, Jamal T, Grignon M, et al. The relationship between self-reported unmet need for health care and health care utilization. Hamilton: McMaster University; 2008.