

Original

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

Cristina Hernández Quevedo^{a,*} y Dolores Jiménez Rubio^b

^a Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y Políticas, LSE Health, Londres, Reino Unido

^b 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 facilitarán 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

Keywords:

Disability
Equity in access
Unmet need
Health and social care services
Spain

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^{1,2}.

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 discapacidad³; 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 educación⁴.

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 conjunto⁵⁻⁹. 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 López⁷, 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) considerados¹⁰. 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 necesidad¹¹.

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 inequidades¹², que proporciona una medida de desigualdad relativa de salud relacionada con la renta¹³.

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 (μ). 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 necesidad¹⁴. 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 IH¹⁰.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1074281>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1074281>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)