

---

# NECESIDADES SOCIALES EN ESPAÑA

---

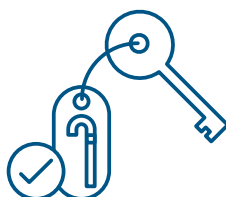
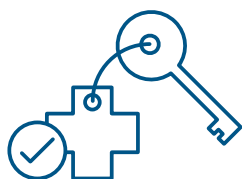
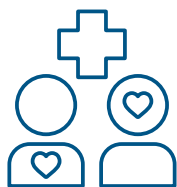
Salud

Informe

04

Octubre 2019

## APÉNDICE METODOLÓGICO



---

## Créditos

---

### **Observatorio Social de “la Caixa”**

**Edición: Fundación Bancaria  
“la Caixa”, 2019**  
Plaza Weyler 3  
07001 Palma

ISBN 978-84-9900-242-2

### **Tratamiento y visualización de datos, diseño gráfico y maquetación**

Andrés Fernández Torcida  
[www.andresft.com](http://www.andresft.com)

La Fundación Bancaria “la Caixa”  
no se identifica necesariamente  
con la opinión de los autores  
de esta publicación.

[observatoriosociallacaixa.org](http://observatoriosociallacaixa.org)

## Investigación y elaboración del informe

- Luis Ayala Cañón (Universidad Rey Juan Carlos y EQUALITAS)
- Olga Cantó Sánchez (Universidad de Alcalá y EQUALITAS)
- Rosa Martínez López (Universidad Rey Juan Carlos y EQUALITAS)
- Carolina Navarro Ruiz (UNED y EQUALITAS)
- Marina Romaguera de la Cruz (Universidad de Alcalá y EQUALITAS)

---

# Sumario

---

**4** Introducción

**5** Retos, indicadores y fuentes

**10** **Primer reto:** mantener y mejorar el estado de salud

**12** **Segundo reto:** promover estilos de vida saludables

**14** **Tercer reto:** garantizar el acceso a la atención sanitaria

**18** **Cuarto reto:** garantizar la atención a la dependencia

**22** Notas

**23** Bibliografía



# INTRODUCCIÓN



En este documento se presentan los retos e indicadores elegidos para representar las necesidades sociales en materia de salud. Se analizan las fuentes de información disponibles y se justifican las elecciones realizadas.

## Retos, indicadores y fuentes:

---

### Reto 1: Mantener y mejorar el estado de salud



#### Mala salud autopercebida:

Porcentaje de personas adultas (16 o más años) que declaran que su estado de salud ha sido malo o muy malo en los últimos 12 meses. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ECV-T.

#### Personas mayores gravemente limitadas:

Porcentaje de personas mayores (65 o más años) con limitación grave para las actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud en los últimos seis meses.

**Fuente:** ECV-T.

#### Limitaciones para la actividad de la vida cotidiana:

Porcentaje de personas adultas (16 o más años) con limitación moderada o grave para las actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud en los últimos seis meses. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ENS/EESE.

#### Enfermos crónicos:

Porcentaje de personas adultas (15 o más años) que han padecido en los últimos 12 meses, y han sido diagnosticadas por un médico, alguna de las principales enfermedades o problemas de salud crónicos de riesgo cardiovascular: hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ECV-T.

#### Problema de salud mental:

Porcentaje de personas adultas (15 o más años) con depresión, ansiedad u otros problemas mentales padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ENS/EESE.

---

## **Reto 2:** Promover estilos de vida saludables



### **Sedentarismo:**

Porcentaje de personas adultas (15 o más años) que declaran que no hacen ningún ejercicio físico en su tiempo libre. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ENS/EESE.

### **Consumo insuficiente de frutas y verduras:**

Porcentaje de personas adultas (15 o más años) que no consumen frutas y verduras a diario. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ENS/EESE.

### **Obesidad:**

Porcentaje de personas adultas (15 o más años) con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ENS/EESE.

### **Consumo elevado de tabaco:**

Porcentaje de personas adultas (15 o más años) que fuman 20 o más cigarrillos al día. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** ENS/EESE.

### **Consumo elevado de cannabis:**

Porcentaje de personas adultas de 15 a 64 años que fuman cannabis a diario. Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** EDADES.

### **Consumo elevado de alcohol en atracón:**

Porcentaje de personas adultas de 15 a 64 años que han consumido más de 5 bebidas alcohólicas (si es un hombre) o 4 (si es mujer) en una misma ocasión de aproximadamente dos horas, en los últimos 30 días. <sup>1</sup> Porcentaje ajustado por edad.

**Fuente:** EDADES.

### **Reto 3:** Garantizar el acceso a la atención sanitaria

#### **Inaccesibilidad a la atención médica:**

Porcentaje de personas adultas (16 o más años) que alguna vez, en los últimos doce meses, dejaron de ir al médico (salvo dentista) por razones económicas, distancia excesiva o porque había que esperar demasiado.

**Fuente:** ECV-T.

#### **Inaccesibilidad a la atención dental:**

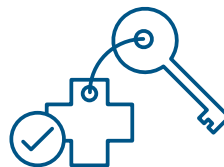
% de las personas adultas (16 o más años) que alguna vez, en los últimos doce meses, dejaron de ir al dentista por razones económicas, distancia excesiva o porque había que esperar demasiado.

**Fuente:** ECV-T.

#### **Falta o demora excesiva en la asistencia médica por listas de espera:**

% de las personas adultas (15 o más años) con necesidad de atención médica que consideran que alguna vez, en los últimos doce meses, recibieron tarde o no recibieron asistencia debido a listas de espera.

**Fuente:** ENS/EESE.



#### **Lista de espera quirúrgica:**

Por cada mil habitantes, pacientes en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y los recursos disponibles.

**Fuente:** SISLE.

#### **Renuncia a tomar fármacos recetados por razones económicas:**

% de las personas adultas (18 o más años) que alguna vez durante el año previo dejaron de tomar, por razones económicas, un medicamento recetado por un médico de la sanidad pública.

**Fuente:** BS.

#### **Gasto sanitario catastrófico:**

% de personas del primer quintil<sup>2</sup> cuyo gasto sanitario supera el 40% de su capacidad de pago. La capacidad de pago se mide detrayendo del gasto total del hogar el gasto básico estándar en alimentación, energía y vivienda.

**Fuente:** EPF.

#### **Reto 4:** Garantizar el acceso a la atención a la dependencia

##### Necesidad subjetiva de ayuda en las personas mayores:

Porcentaje de personas mayores (65 o más años) con dificultades en alguna actividad básica o instrumental de la vida diaria que considera que necesitaría más ayuda de la que recibe.

**Fuente:** SISAAD.

##### Demanda de cuidados entre las personas mayores:

Porcentaje de personas mayores (65 y más años) con necesidad estimada de cuidados según las encuestas de salud.

**Fuente:** ENS/EESE y SISAAD.

##### Lista de espera registrada:

Porcentaje de personas de cualquier edad con dependencia reconocida que están a la espera de recibir servicios o prestaciones del sistema de atención a la dependencia (SAAD).

**Fuente:** ENS/EESE.



##### Déficit de cobertura de las personas mayores dependientes:

Porcentaje de personas mayores (65 y más años) con necesidad estimada de cuidados que no reciben ayuda del sistema de atención a la dependencia (por no haberlo solicitado, habérseles denegado, estar en lista de espera, etcétera).

**Fuente:** ENS/EESE.

##### Déficit de profesionalización de los cuidados:

Porcentaje de prestaciones concedidas por el sistema de atención a la dependencia (SAAD) consistentes en ayudas para el cuidado en el entorno familiar, sobre el total de las prestaciones concedidas.

**Fuente:** SISAAD.



**Notas:**

<sup>1</sup>Se considera consumo en atracón o *binge drinking* al de un hombre que consume más de 5 unidades de bebida estándar (50 g de alcohol puro) y al de la mujer que consume más de 4 unidades de bebida estándar (40 g de alcohol puro) en una misma ocasión de aproximadamente dos horas.

1) La equivalencia (en gramos de alcohol puro) utilizada es: cerveza con alcohol: 10 g por unidad de bebida. Vino o cava: 10 g por unidad de bebida. Aperitivos con alcohol (vermut, fino, jerez): 20 g por unidad de bebida. Licores, anís, pacharán: 20 g por unidad de bebida. *Whisky*, coñac, combinados: 20 g por unidad de bebida. Bebidas locales (sidra, carajillo, etc.): 10 g por unidad de bebida.

<sup>2</sup>El primer quintil incluye al 20% de la población con menor nivel de gasto de consumo total (monetario y no monetario), ajustado al tamaño del hogar, utilizando la escala de equivalencia de Eurostat.

ECV-T= Ficheros transversales de la Encuesta de Condiciones de Vida, base 2004 y base 2013 (INE).

ENS/EESE= Encuesta Nacional de Salud (años 2006, 2011-2012 y 2017) y Encuesta Europea de Salud en España (años 2009 y 2014).

En las encuestas de 2006 y 2009 se considera adultos a los que tienen 16 o más años.

A partir de 2011-2012, a los que tienen 15 o más años (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

EDADES= Encuesta sobre el alcohol y otras drogas en España (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

SISLE= Sistema de Información sobre listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

BS= Barómetro Sanitario (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

EPF= Encuesta de Presupuestos Familiares, base 2006 (INE).

SISAAD= Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales).

**Fuente:** elaboración propia.

## Primer reto: Mantener y mejorar el estado de salud



Que la población esté lo más sana posible es el primer reto que se plantea en el ámbito de la salud. La salud, sin embargo, depende de múltiples causas, individuales y colectivas (factores genéticos, estilos de vida, salubridad del entorno, avances médicos, etcétera). Además, existen factores relacionados con el ciclo vital que influyen de manera poderosa en la incidencia de distintas enfermedades. Aunque edad avanzada y enfermedad no siempre van unidas, el estado general de salud tiende a deteriorarse en las personas mayores. Por ello, al valorar los avances y retrocesos en este reto, es recomendable utilizar indicadores estandarizados o ajustados por edades, de forma que se eliminen los efectos de la composición debidos solo al cambio en la estructura de edades de la población (a igual nivel de salud de cada grupo de edad, el estado general de salud empeora por un puro efecto demográfico si no se ajusta el indicador por edades, mientras que no varía si se ajusta). Para evitar este problema, los indicadores elegidos para representar este reto se han ajustado por edades tomando como población de referencia la Población Estándar Europea (Waterhouse *et. al*, 1976). La única excepción es el referido a las limitaciones graves entre las personas mayores, ya que es un indicador restringido por definición al grupo de 65 y más años.

El primer indicador, **mala salud autopercibida**, muestra el porcentaje de personas adultas (16 o más años) que declaran que su estado de salud ha sido malo o muy malo en los últimos 12 meses, ajustado por edades en la forma indicada. Se basa en una escala de autovaloración del estado de salud con cinco categorías, incluida en numerosas encuestas, y que ha sido ampliamente utilizada para analizar el estado de salud de la población, por su elevada correlación con los medidores objetivos y su buena capacidad predictiva sobre el uso de los servicios médicos o de la mortalidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Esta variable es también la que se usa para calcular el indicador conocido como esperanza de vida en buena salud (EVBS), utilizado en ocasiones para hacer comparaciones de la esperanza de vida ajustada según el estado de salud. En este informe tomamos la información procedente de la Encuesta de Condiciones de Vida, por ser la fuente que ofrece mayor continuidad

temporal y más posibilidades de comparación internacional.

El segundo indicador, **enfermos crónicos**, muestra el porcentaje de personas adultas (15 o más años) que han padecido en los últimos doce meses, habiendo sido diagnosticadas por un médico, alguna de las principales enfermedades o problemas de salud crónicos de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes), ajustado por edades. Las enfermedades crónicas son importantes porque generan problemas de salud que perduran o empeoran en el tiempo, ya que a menudo pueden controlarse pero no curarse, y suponen las principales causas de muerte de la población (cáncer, cardiopatías, ictus, etcétera). Para definir el indicador utilizado en este informe hemos usado la amplia información sobre morbilidad contenida en las encuestas de salud. Aunque la lista de enfermedades sobre las que se ofrece información es larga, el indicador se basa en la prevalencia de los tres problemas de salud más vinculados a la enfermedad cardiovascular: hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia. La elección se justifica porque las enfermedades del sistema circulatorio siguen constituyendo en España la principal causa de muerte, por delante de los tumores (INE, 2018). La hipertensión, conocida como «la asesina silenciosa» por no generar casi nunca síntomas que interfieren en la vida diaria, está presente en las principales comorbilidades (Farmer *et al.*, 2016). La hipercolesterolemia es una señal temprana de pérdida de salud cardiovascular que resulta esencial monitorizar.<sup>1</sup> Y la diabetes, aunque tiene menor prevalencia que los dos problemas anteriores, es importante por su tendencia ascendente, su asociación con factores de riesgo como el sedentarismo o la obesidad y las posibles complicaciones graves que pueden derivarse de su tratamiento tardío (en muchos casos se sufre sin ser diagnosticada a tiempo).

El tercer indicador, **limitaciones para la actividad de la vida cotidiana**, se define como el porcentaje de personas adultas (16 o más años) que declaran sufrir limitación (moderada o grave) para las actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud, a lo largo de los últimos seis meses, ajustado por edades.

Este indicador, conocido internacionalmente como indicador global de limitación de la actividad (GALI, por sus siglas en inglés)<sup>2</sup> se recoge en distintas fuentes de datos y se utiliza ampliamente en el ámbito internacional. Es también la variable que suele utilizarse para construir el indicador de «esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI)», también llamado a veces «años de vida saludable (AVS)», incluido en diversas publicaciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). En este informe recurrimos a la Encuesta de Condiciones de Vida como fuente de datos, por las mismas razones que en el caso de la salud autopercebida.

El cuarto indicador, **personas mayores gravemente limitadas**, es una variante del anterior que muestra el porcentaje de personas mayores (65 o más años) con limitación grave para las actividades de la vida cotidiana debido a problemas de salud en los últimos seis meses. Las limitaciones graves autopercebidas se han utilizado a menudo como una aproximación simple al número de personas necesitadas de cuidados de larga duración (Comisión Europea, 2018). El indicador, aunque con las limitaciones derivadas de su carácter subjetivo y general, es útil para hacer un seguimiento de esta importante faceta del estado de salud de las personas mayores, principales demandantes actuales y futuros de este tipo de cuidados.

El último indicador, **problemas de salud mental**, complementa los indicadores sobre el estado de salud con uno referido a la prevalencia de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad crónica u otras enfermedades psíquicas padecidas (y diagnosticadas) en los últimos doce meses por la población adulta (15 o más años). Como en los casos anteriores, el indicador se proporciona en forma de porcentaje ajustado por edades. La fuente de datos utilizada son las encuestas de salud.<sup>3</sup>

## Segundo reto: Promover estilos de vida saludables



La mejor enfermedad es la que no llega a padecerse. Por ello, promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo evitables constituye un importante reto en materia de salud. Es complicado resumir en unos pocos indicadores las necesidades sociales en este ámbito, dada la multiplicidad de factores controlables que influyen en la salud. En este informe nos centramos en la obesidad, el sedentarismo, la dieta y el consumo de sustancias nocivas (alcohol, tabaco y otras drogas) por tratarse de elementos en torno a los cuales existe suficiente información y consenso, sin descartar por ello la necesidad de cuidar otros ámbitos.

El primer indicador, **sedentarismo**, muestra el porcentaje de personas adultas (15 o más años) que declaran que no hacen ningún ejercicio físico en su tiempo libre, es decir, que son sedentarias en su tiempo de ocio, ajustado por edades. Aunque las encuestas de salud, fuente de datos de referencia para este indicador, contienen variables más detalladas sobre el ejercicio físico practicado, los cambios en las preguntas entre unas y otras ediciones de la encuesta dificultan construir un indicador más complejo que resulte lo bastante comparable. En 2006 y 2009, no se recogen datos de sedentarismo debido a los problemas de comparabilidad (distinta formulación en estos años respecto al resto). Esta variable es importante porque el estilo de vida sedentario aumenta el sobrepeso, acelera el envejecimiento óseo y muscular e incrementa el riesgo de sufrir numerosas enfermedades.

El segundo indicador, **obesidad**, muestra el porcentaje de personas adultas (15 o más años) que sufren obesidad, ajustado por edades. La obesidad, como el sedentarismo, tiene una relación demostrada con múltiples problemas de salud, como la hipertensión, el exceso de colesterol, la diabetes tipo 2, las enfermedades coronarias e incluso ciertos tipos de cáncer. La definición de obesidad utilizada en el informe se basa en los parámetros habituales a partir de la variable de las encuestas de salud que recoge el índice de masa corporal de la persona entrevistada, considerando que son obesas aquellas con un IMC igual o superior a 30. En algunos análisis se ha aplicado el concepto menos

severo de sobrepeso, definido como un IMC igual o superior a 25.

El tercer indicador, **consumo insuficiente de frutas y verduras**, muestra el porcentaje de personas adultas (15 o más años) que no consumen frutas y verduras a diario, ajustado por edades. La fuente de información utilizada para este indicador son las encuestas de salud. Esta definición del indicador ha sido empleada en otros informes como aproximación al concepto de dieta inadecuada, a pesar de reconocer la complejidad implícita en la medición de este concepto (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Conviene recordar en este punto que la Organización Mundial de la Salud recomienda una ingesta mínima diaria de 400 gramos de frutas y verduras para mejorar la salud y reducir el riesgo de determinadas enfermedades.

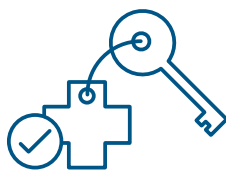
El cuarto indicador, **consumo elevado de tabaco**, refleja el porcentaje de adultos (15 o más años) que fuman 20 o más cigarrillos al día. Se trata de un nivel de consumo de tabaco que supone un claro riesgo para la salud, por su relación demostrada con enfermedades respiratorias y cardiovasculares, además de con diversos tipos de cáncer. El tabaquismo se considera, de hecho, la principal causa evitable de muerte prematura en España y otros países, lo que justifica su importancia en el ámbito de las políticas de prevención en materia de salud. Los datos sobre consumo de tabaco utilizados para evaluar el indicador proceden de las encuestas de salud.

El quinto indicador, **consumo elevado de alcohol**, muestra el porcentaje de personas adultas de 15 a 64 años que han consumido bebidas alcohólicas en atracción (*binge drinking* y *heavy episodic drinking*) en los últimos 30 días. Como en el caso de la dieta, la definición de un consumo demasiado elevado o de riesgo de alcohol resulta compleja, dada la existencia de diversos patrones de consumo y la ausencia de un consenso médico unánime como en lo referente al consumo de tabaco. Por ello, en este informe se ha tomado como referencia una forma de consumo de alcohol (el con-

sumo en atracción) cuyos efectos nocivos para la salud resultan claros. Los datos empleados proceden de la Encuesta sobre el Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

El sexto y último indicador, **consumo elevado de cánnabis**, mide el porcentaje de personas de 15 a 64 años que declaran fumar cánnabis a diario. Este indicador pretende captar la prevalencia en el uso de drogas ilegales examinando el caso de la más utilizada por la población española, el cánnabis. Como el indicador sobre consumo elevado de alcohol, se ha elegido una cantidad que supone, según los expertos, un riesgo claro para la salud.

## Tercer reto: Garantizar el acceso a la atención sanitaria



España cuenta con un servicio público de salud de cobertura prácticamente universal. Ello implica que, con muy pocas excepciones, toda la población tiene derecho a recibir asistencia sanitaria del sistema público cuando así lo requiere. Garantizar un acceso adecuado al sistema de salud exige, sin embargo, detectar y, en la medida de lo posible, suprimir las barreras que generan desigualdad en la atención recibida o reducen las oportunidades de curación de ciertas personas o grupos, ya que, aún teniendo derecho a usar los servicios de salud, los tiempos de espera, el coste, la distancia o la escasez de especialistas y servicios adecuados en ciertas zonas pueden perjudicar la equidad de acceso.

Medir las necesidades no cubiertas de atención sanitaria no es, sin embargo, una tarea sencilla. Los datos de uso generados por el sistema sanitario son importantes pero insuficientes, ya que por definición excluyen a las personas que han renunciado a utilizar los servicios o lo han hecho en medida inferior a sus necesidades. Por ello, diversos informes toman como punto de partida la información recabada a través de encuestas directas a la población. Tanto las encuestas europeas sobre renta y condiciones de vida (ECV-EUSILC), elaborada con periodicidad anual desde el año 2004, como las últimas oleadas del Barómetro Sanitario (BS) y de las encuestas nacionales y europea de salud (ENS/EESE) investigan directamente la existencia de distintos tipos de necesidades médicas no cubiertas a través de preguntas a los adultos entrevistados, aunque las diferencias en las cuestiones planteadas hacen difícil contar con una serie homogénea de indicadores. Por otra parte, dos módulos especiales de la EUSILC introducen cuestiones sobre la posible sobrecarga por los gastos sanitarios en que incurren las familias, aunque no existe continuidad temporal. Además de estas fuentes, resulta útil la Encuesta de Presupuestos Familiares, que ofrece datos objetivos sobre el gasto farmacéutico y sanitario ocasionado por las familias. Estos datos se han utilizado en algunos informes para construir indicadores de gasto «catastrófico», que pueden ser de utilidad para analizar las dificultades de acceso efectivo al sistema sanitario.

A continuación se explican y justifican los indicadores de necesidad empleados para representar este reto:

El primer indicador mide la **inaccessibilidad a la atención médica** a través de una pregunta que se ha incluido en todas las olas de la Encuesta de Condiciones de Vida (y disponible también, por tanto, para los restantes países europeos que participan en EUSILC). Dicha cuestión investiga si los adultos que residen en el hogar han necesitado alguna vez, durante el año anterior, acudir a la consulta del médico (salvo dentista) sin poder hacerlo, y por qué razón (falta de tiempo, miedo a los médicos, falta de recursos económicos, lista de espera, distancia excesiva, etcétera). Esta cuestión se incluye también, en formato muy similar, en las encuestas de salud de los años 2003, 2006 y 2011-2012. El porcentaje de adultos que dicen no haber recibido alguna vez la atención médica necesaria durante el año anterior varía según los años, con un máximo del 8,7% en 2009. Para definir el indicador se han tenido en cuenta, siguiendo la metodología habitual, solo las causas atribuibles al sistema sanitario, de manera que se considera que existe inaccessibilidad cuando la falta de acceso se debe a no poder pagar el coste, a la excesiva distancia o al elevado tiempo de espera. Cuando nos restringimos a estas tres causas, el indicador muestra en nuestro país un valor muy pequeño, siempre inferior al 1%.

El segundo indicador mide la **inaccessibilidad a la atención dental** con una cuestión idéntica a la anterior, pero referida exclusivamente a la consulta de odontólogos, recogida en la misma encuesta. Como en el caso anterior, se considera que existe una necesidad no cubierta de acceso cuando se señalan motivos económicos, falta de servicios cercanos o excesivo tiempo de espera como las razones por las que no se llegó a acudir a la consulta del dentista, pese a necesitarlo. Con ello se analiza la dificultad de acceso a un área de la atención sanitaria cuya cobertura pública es solo parcial en España y otros países.

En ambos casos, el indicador muestra el porcentaje de personas de 16 o más años que señalan haber dejado de acudir al médico o dentista por alguna de estas ra-

zones, al menos una vez, durante el año anterior. Ambas variables son a menudo utilizadas en las comparativas internacionales que analizan la accesibilidad del sistema sanitario dentro del ámbito europeo (OCDE/UE 2018, Baeten *et al.* 2018, OCDE 2017), pese a ciertas limitaciones que es preciso reconocer (principalmente, la exclusión o imperfecta inclusión de ciertos grupos, como la población sin techo, la que vive en instituciones o los inmigrantes irregulares, y la imposibilidad de conocer la magnitud real de la dificultad de acceso –no se indica el número de veces en las que no ha sido posible acudir al médico, ni si era la primera visita o las subsiguientes, etcétera).<sup>4</sup>

El tercer indicador, **demora excesiva o falta de asistencia médica por listas de espera**, complementa a los dos anteriores utilizando una de las cuestiones sobre la dificultad de acceso incluidas por primera vez en la Encuesta Europea de Salud en España, realizada en 2014, y repetida en la Encuesta Nacional de Salud de 2017.<sup>5</sup> El indicador recoge el porcentaje de personas de 15 o más años que, habiendo tenido necesidad de asistencia médica durante el año anterior, consideran que alguna vez la recibieron demasiado tarde o no llegaron a recibirla debido a la lista de espera. A diferencia de los dos primeros indicadores, la cuestión se centra específicamente en los problemas de acceso debidos a la existencia de listas de espera, e incluye tanto la falta de asistencia propiamente dicha como la demora excesiva (a juicio del entrevistado) en dicha atención. Por otra parte, el porcentaje se calcula no sobre el total de población adulta, sino sobre la población adulta que señala haber necesitado atención médica en algún momento durante los doce meses anteriores a la entrevista (es decir, se excluyen del cálculo los que indican no haber necesitado ningún servicio médico: en torno al 20% de los adultos).

El cuarto indicador, **lista de espera quirúrgica**, muestra el número de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural por cada mil habitantes a 31 de diciembre de cada año, basándonos en los datos extraídos del Sistema de Información sobre Listas de Espera (SISLE), que proporciona información desde el año 2003. Los pacientes en lista de espera estructural

son aquellos que están en situación de ser intervenidos quirúrgicamente (es decir, a los que se les ha prescrito una intervención no urgente para la cual se tiene previsto el uso del quirófano) y cuya espera es atribuible a la organización y los recursos disponibles. Para el cálculo de la tasa por mil habitantes, la población de referencia es la de tarjeta sanitaria, de acuerdo con las cifras de la base de datos de Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Este indicador y los restantes que incluye esta fuente oficial de información son de gran utilidad para analizar la evolución de uno de los elementos percibidos como problemático en el funcionamiento de la sanidad española. Hay que aclarar, sin embargo, que la serie temporal no es perfectamente homogénea: hasta 2011, los totales no incluían los datos correspondientes a la Comunidad de Madrid, por considerar que no cumplían los estándares metodológicos exigidos al conjunto de comunidades. Además, hasta 2016 no se incorporan los datos completos de Cataluña, ya que la información aportada en los años previos era una estimación basada en procesos seleccionados (Oliva *et al.* 2018).

El quinto indicador, **renuncia a tomar fármacos recetados por razones económicas**, muestra el porcentaje de personas adultas (de 18 o más años) que alguna vez durante el año previo dicen haber dejado de tomar, por razones económicas, algún medicamento recetado por un médico de la sanidad pública. La fuente utilizada para obtener este indicador es el Barómetro Sanitario (BS), que incluye esta pregunta desde el año 2013, y proporciona, por tanto, la serie más larga posible (5 años). Existe una cuestión similar en las encuestas de salud, pero solo para los años 2014 y 2017. El interés del indicador radica en que el gasto farmacéutico está sometido a copago, siendo por tanto una de las áreas en las que pueden existir barreras económicas de acceso, si la contribución no se diseña de manera adecuada.

Por último, se incluye un indicador de **gasto sanitario catastrófico** para la población situada en el primer quintil (el 20% de menor capacidad económica, medida a través del gasto de consumo total, monetario y no monetario, ajustado al tamaño y composición del



hogar con la escala de equivalencia de Eurostat). El indicador muestra, en concreto, el porcentaje de personas del primer quintil cuyo gasto sanitario supera el 40% de su capacidad de pago. A su vez, la capacidad de pago se mide detrayendo del gasto total del hogar el gasto básico estándar en alimentación, energía y vivienda.

La fuente de datos que permite hacer estos cálculos es la Encuesta de Presupuestos Familiares, que cuantifica el gasto sanitario realizado por los hogares en diversos bienes y servicios relacionados con la salud (medicamentos, pagos a médicos, dentistas, compra de aparatos terapéuticos, etcétera). A nivel agregado, la proporción de gasto sanitario total financiada directamente por las familias depende de aspectos clave de la organización del sistema de salud, como la cobertura poblacional, la amplitud de la cartera de servicios y el diseño de los mecanismos de copago, y se ha relacionado con el grado de «protección financiera» ofrecida por los distintos modelos sanitarios (OCDE/UE, 2018: 172). A nivel desagregado, los microdatos sobre el gasto en salud de los hogares permiten identificar situaciones en las cuales los pagos son altos en relación con la capacidad de pago de los hogares. La idea es que incluso los pequeños copagos pueden acarrear dificultades financieras en hogares con recursos económicos limitados y problemas de salud que requieren tratamientos de larga duración, obligando a tener que elegir entre mantener la medicación o cubrir otras necesidades básicas, como la alimentación, la energía o la vivienda.

Existen distintas metodologías para determinar cuándo un hogar incurre en gastos «catastróficos» relacionados con la salud. En todas ellas se examina la proporción del gasto sobre la capacidad de pago del hogar, pero varía la forma de definir los conceptos. Como en el caso de la medición de la llamada «pobreza energética», las principales discrepancias entre los estudios afectan a la elección del indicador utilizado para cuantificar la «capacidad de pago» y a la fijación de los umbrales pertinentes. El método más simple, conocido como el sistema de la proporción de gasto (*budget share*), utiliza como denominador la renta o, más frecuentemente, el gasto total del hogar. Ello equivale a suponer que todo el presupuesto está disponible para el gasto sanitario, determinando que incurren en gasto catastrófico los hogares que superan un cierto porcen-

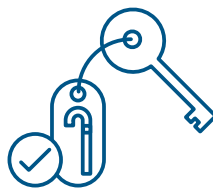
taje, generalmente un 10%.<sup>6</sup> Los críticos de este enfoque argumentan que, al no tener en cuenta el gasto necesario para cubrir el mínimo vital, subestima la capacidad de pago de las familias acomodadas y sobreestima la de los hogares pobres.<sup>7</sup> Por ello, la mayoría de los indicadores de gasto catastrófico utilizados se basan en el cociente entre el gasto en salud y la capacidad de pago del hogar, medida a través del gasto (o la renta) menos una cantidad representativa del consumo mínimo de subsistencia, aplicando un umbral situado generalmente en el 40%. La definición del consumo mínimo da lugar, a su vez, a distintas metodologías de cálculo. La más común consiste en restar una cantidad estándar para el consumo de alimentos, definida a partir del gasto alimentario de los hogares que se encuentran en determinados percentiles representativos de la distribución. Si el consumo de alimentos resulta inferior a dicho umbral, se utiliza el gasto alimentario real del hogar.<sup>8</sup> Una segunda posibilidad es detraer directamente el gasto alimentario real de los hogares en todos los casos, en lugar del gasto considerado. Como muestran Cylus *et al.* (2018) en una comparación reciente, ambos métodos dan resultados similares en la práctica, ya que en una mayoría de los hogares los gastos alimentarios son inferiores a los normativos.

La oficina europea de la OMS ha propuesto recientemente una variante de las anteriores metodologías que considera más adecuada para países de alto nivel de desarrollo, y que es la que hemos utilizado, con algunos ajustes, para obtener el indicador incluido en este informe.<sup>9</sup> En ella, para calcular la capacidad de pago se detrae del gasto total del hogar el gasto normativo en alimentación, vivienda y energía, calculado como el gasto promedio en estas partidas de los hogares situados entre los percentiles 25 y 35 de la distribución. El gasto considerado incluye tanto elementos monetarios como no monetarios (en la medida en que se recogen en la encuesta): esto es importante en especial para los hogares propietarios de su vivienda, en los que el alquiler imputado forma parte de su consumo, lo que permite tratar de manera más homogénea a los hogares propietarios y los arrendatarios.<sup>10</sup> En el caso de España, el mínimo vital, calculado de esta forma, se situaría en unos 5.420 euros anuales en el año 2017 para el caso de un hogar unipersonal. En las familias con más miembros, la cantidad anterior se ajusta utilizando la escala de equivalencia de la OCDE modificada, que es la empleada habitualmente por Euros-



tat.<sup>11</sup> Además de incluir otros gastos básicos, no solo el alimentario, la adaptación propuesta por la oficina europea de la OMS utiliza en todos los casos el gasto normativo, permitiendo que la capacidad de pago pueda resultar negativa (si el gasto real no llega a cubrir el gasto mínimo necesario). En estos hogares, todo gasto sanitario realizado, por pequeño que sea, resulta catastrófico por definición. En los hogares con capacidad de pago positiva, se considera catastrófico el gasto cuando supera el 40% de dicha capacidad. Una limitación de este indicador es que su cálculo deja fuera a los hogares que no han realizado ningún gasto durante el período de referencia, sin que a priori sepamos si ello se debe a no haberlo necesitado, a haber conseguido cubrir la necesidad sin tener que realizar ningún pago por una política de gratuidad, o bien a no habérselo podido permitir, aun necesítándolo.

## Cuarto reto: Garantizar la atención a la dependencia



El envejecimiento demográfico supone, en todos los países, una demanda creciente de cuidados de larga duración, aunque el estado de salud de las personas mayores (y del resto de los grupos sociales) influye en esta evolución. Con la información disponible actualmente, es difícil calcular con exactitud la demanda de estos cuidados y el grado en que dicha necesidad se satisface, además las dificultades aumentan cuando se quiere analizar series temporales o comparar con los países de nuestro entorno. España reguló en 2006 la atención a la dependencia como una nueva política social y cuenta desde 2008 con unas estadísticas básicas sobre el funcionamiento del sistema (SISAAD). Las encuestas a los hogares permiten estimar de manera aproximada las necesidades de cuidado en función de las limitaciones autopercibidas, aunque las variables más detalladas solo se investigan, por lo general, para las personas de 65 o más años.<sup>12</sup> A nivel internacional, la OCDE proporciona información más amplia y sistemática que la Unión Europea, aunque las definiciones aplicadas por los países no son siempre estrictamente comparables.

Como en el reto anterior, reflejamos en este informe las necesidades a través de cinco indicadores, obtenidos combinando datos procedentes de las estadísticas oficiales (proporcionadas por el IMSERSO) y las encuestas a la población, tanto las de salud (ENS/EESE) como la de condiciones de vida (ECV). Debido a la falta de homogeneidad y a las lagunas en la información disponible en las encuestas para construir los indicadores, la serie de años utilizada para analizar el acceso a la atención a la dependencia se limita a 2009, 2014 y 2017.

El primer indicador, **necesidad subjetiva de ayuda a las personas mayores**, refleja el porcentaje de personas mayores (65 o más años) con dificultades en alguna actividad básica o instrumental de la vida diaria que consideran que necesitarían recibir ayuda, o bien más ayuda de la que actualmente reciben, en al menos una actividad básica o instrumental de la vida diaria. Se calcula utilizando las cuestiones de las encuestas de salud en las que se pregunta a las personas con dificultades si cuentan o no habitualmente con ayuda

para realizar dichas actividades y si están satisfechas con dicha ayuda o precisarían más. Estas cuestiones se incluyen en las encuestas de 2009, 2014 y 2017, si bien debido a que las preguntas en 2009 se formulan de un modo distinto, hace que los resultados no son perfectamente comparables.<sup>13</sup> El indicador se expresa en forma de porcentaje sobre el total de las personas mayores con dificultad en al menos una actividad básica o instrumental.

El segundo indicador, **lista de espera registrada**, muestra el porcentaje de personas de cualquier edad con dependencia reconocida que están a la espera de recibir servicios o prestaciones del SAAD, según los datos ofrecidos por el IMSERSO a través del SISAAD. Se trata de personas a las que se ha reconocido oficialmente un grado de dependencia (moderado, grave o gran dependencia), tras pasar el oportuno proceso de valoración, pero que están a la espera de recibir los correspondientes servicios o prestaciones. La evolución de este indicador, que ha tenido un amplio seguimiento en la prensa, se ha visto condicionada por factores de índole muy diversa (dinámicas de implantación, gestión de las valoraciones, posibles insuficiencias en la oferta de determinados servicios, etc.), que pueden condicionar su interpretación. En todo caso, existe acuerdo en que la lista de espera registrada no es un indicador suficiente del déficit de cobertura del sistema, ya que excluye a personas con necesidad de atención que no han solicitado ser valoradas por el SAAD, que están a la espera de ser valoradas o a las que se ha denegado el grado de dependencia y que no han solicitado una nueva valoración. Por ello, la cobertura real se debe medir recurriendo a fuentes externas que permitan estimar el número de personas con necesidad de ayuda debido a sus dificultades para realizar las tareas básicas o instrumentales de la vida cotidiana (Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia, 2017).

El tercer indicador, **demanda estimada de cuidados entre las personas mayores**, muestra el porcentaje de personas mayores (65 y más años) con necesidad estimada de cuidados según los datos contenidos en las encuestas de salud. Para ello se han tenido en

cuenta las limitaciones declaradas por los entrevistados en la realización de las actividades básicas (levantarse, vestirse, afeitarse, alimentarse, etc.) e instrumentales (ir a la compra, cocinar, limpiar, etc.) de la vida diaria, en los términos recogidos por las encuestas y aplicando una extensión de la metodología desarrollada en Martínez, Roldán y Sastre (2018). Con esta información se ha asignado a cada persona una puntuación entre 0 y 100 puntos, representativa de su nivel de dependencia, con una escala que reproduce de la mejor forma posible el baremo oficial de valoración. Para ello, es preciso simplificar en cierta medida la escala, dado que no existe información detallada para todas las actividades y tareas concretas tenidas en cuenta en el baremo, y también utilizar en algunos casos variables *proxy* (tabla 1).<sup>14</sup> Para estimar la demanda de cuidados, hemos asignado puntuación únicamente cuando las personas declaran no poder hacer sin ayuda la actividad, o bien poder hacerla con mucha dificultad. Dado que la información recogida en las encuestas no permite determinar el coeficiente de apoyo para cada actividad con limitaciones, hemos optado por asignar siempre el coeficiente 0,90.<sup>15</sup> Aplicando el mismo umbral del baremo oficial, se considera dependiente a la persona que obtiene una puntuación igual o superior a los 25 puntos.<sup>16</sup> En el caso de las personas con algún problema mental, se aplica una segunda valoración en la cual se añade una actividad más, representativa de la capacidad de toma de decisiones, y se altera el sistema de ponderaciones, eligiendo finalmente, tal como se establece en el baremo oficial, la puntuación mayor de las dos resultantes para esa persona. Además de las limitaciones inherentes al procedimiento de cálculo, que se basa en las dificultades autopercebidas en una lista de tareas menos detallada que la del baremo oficial, hay que tener en cuenta que, por definición, quedan excluidas las personas mayores que viven en residencias,<sup>17</sup> ya que no forman parte del universo muestral de las encuestas de salud. Esta población debe, sin embargo, ser tenida en cuenta en la medida de lo posible al calcular los indicadores de cobertura.

**Tabla 1. Actividades de la vida diaria utilizadas para evaluar la dependencia: baremo de valoración de la dependencia oficial y variables de las encuestas de salud.**

Baremo de valoración oficial	Variables de encuestas de salud	PUNTOS	
		B1	B2
<p><b>Comer y beber:</b> Reconocer y alcanzar los alimentos servidos, cortar la comida en trozos, usar los cubiertos, acercarse la bebida a la boca.</p>	Alimentarse	16,8	10
<p><b>Higiene personal relacionada con la micción y defecación:</b> Acudir al lugar adecuado, manipular la ropa, adoptar la postura, limpiarse.</p>	Ir al servicio	14,8	7
<p><b>Lavarse:</b> Abrir/cerrar grifos, lavarse las manos, acceder a bañera o ducha, lavarse la parte superior/inferior del cuerpo.</p>	Ducharse o bañarse	8,8	8
<p><b>Realizar otros cuidados personales:</b> Peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo, lavarse los dientes.</p>	Utilizar el teléfono ( <i>proxy</i> )	2,9	2
<p><b>Vestirse:</b> Reconocer/alcanzar ropa y calzado, calzarse, abrocharse, vestirse la parte superior/inferior del cuerpo.</p>	Vestirse y desvestirse	11,9	11,6
<p><b>Mantenimiento de la salud:</b> Solicitar asistencia, aplicarse medidas terapéuticas, evitar situaciones de riesgo dentro/fuera del domicilio, pedir ayuda ante una urgencia.</p>	Tomar sus medicamentos	2,9	11
<p><b>Cambiar y mantener la posición del cuerpo:</b> Cambiar de tumbado a sentado, permanecer sentado, cambiar de sentado a de pie, permanecer de pie, cambiar a sentado, cambiar la posición del cuerpo mientras se está acostado.</p>	Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse	9,4	2
<p><b>Desplazarse dentro del hogar:</b> Realizar desplazamientos para vestirse/comer/lavarse, realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado, realizar desplazamientos entre estancias no comunes, acceder a todas las estancias comunes del hogar.</p>	Caminar 500 metros sin ayuda	12,3	12,1
<p><b>Desplazarse fuera del hogar:</b> Acceder al exterior, desplazarse alrededor del edificio, desplazamientos cercanos en entornos conocidos/desconocidos, desplazamientos lejanos en entornos conocidos/desconocidos.</p>	Subir o bajar 12 escalones <sup>1</sup>	12,2	12,9
<p><b>Realizar tareas domésticas:</b> Preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar de la vivienda, lavar y cuidar la ropa.</p>	Preparar comidas. Realizar compras. Realizar tareas domésticas ligeras	8	8
<p><b>Tomar decisiones:</b> Decidir sobre la alimentación cotidiana, los hábitos de higiene personal, planificar los desplazamientos fuera del hogar, decidir sus relaciones con personas conocidas/desconocidas, gestionar el dinero del presupuesto cotidiano, disponer su tiempo y sus actividades cotidianas, resolver el uso de servicios a disposición del público.</p>	Administrar su propio dinero	-	15,4

**Notas:** B1: puntos asignados en el caso general. B2: baremo alternativo si existe problema mental. 1. En 2009: subir o bajar un tramo de escaleras sin bastón, barandilla u otras ayudas.

**Fuente:** elaboración propia a partir de la normativa reguladora del baremo de valoración de la dependencia (RD 174/2011, de 11 de febrero) y de las encuestas de salud EESE-2009, EESE-2014 y ENS-2017.

Para las comparaciones internacionales, hemos utilizado como aproximación el indicador de limitación global de la actividad (GALI) explicado en el primer reto, fácilmente disponible para todos los países y años a través de EUSILC. En este sentido, la demanda de cuidados de larga duración entre la población de 65 y más años en los distintos países se aproxima mediante el porcentaje de entrevistados que declaran haber experimentado limitaciones graves para el desempeño de las tareas de la vida cotidiana durante al menos los últimos seis meses, debido a problemas de salud.

El cuarto indicador, **déficit de cobertura de las personas mayores dependientes**, muestra el porcentaje de personas mayores (65 y más años) con necesidad estimada de cuidados del sistema de atención a la dependencia que no reciben atención del SAAD (por no haberlo solicitado, haberseles denegado, estar en lista de espera, etcétera). Para calcular este indicador se tiene en cuenta, por un lado, el número de personas mayores dependientes que son beneficiarias de las prestaciones del SAAD, a fecha 31 de diciembre de cada año. Por otro, el número estimado de personas mayores dependientes a partir de los datos de las encuestas de salud, al que se suma la cifra de personas mayores dependientes que reciben atención residencial<sup>18</sup> (no incluidas en el universo muestral de las encuestas de salud, pero sí en la cifra de beneficiarios atendidos por el SAAD). La diferencia entre las dos cifras proporciona una estimación de la demanda de cuidados no cubierta (déficit de cobertura) entre las personas mayores. El indicador se expresa en forma de porcentaje.

Por último, el indicador **déficit de profesionalización de los cuidados** recoge qué porcentaje de las prestaciones concedidas por el SAAD consistieron en ayudas para el cuidado en el entorno familiar, una forma de atención no profesional concebida, en principio, para ser utilizada solo de manera excepcional,<sup>19</sup> pero de uso relativamente frecuente, sobre todo en algunas comunidades autónomas, a lo largo de todo el período de implantación del sistema. Esta forma de cuidado supone una ayuda económica al cuidador cuya cuantía máxima (a la que se llega solo en caso de carecer de recursos superiores al IPREM y no percibir otras ayudas de análoga naturaleza, como pueden ser el complemento de gran invalidez, el complemento por

hijo a cargo o el complemento de necesidad de tercera persona) es de 153 euros al mes para quienes atienden a dependientes moderados, de 268,79 euros al mes en el caso de los dependientes severos y de 387,64 euros al mes para los cuidadores de personas en situación de gran dependencia. La fuente para este indicador es la estadística del SISAAD, que recoge en sus informes mensuales el número y la distribución de las prestaciones entre los seis tipos vigentes: prevención de la dependencia y promoción de la autonomía, teleasistencia, atención residencial, centro de día, prestación económica por cuidados en el entorno familiar, prestación económica vinculada a un servicio, y prestación económica para asistencia personal.

## NOTAS

1 En 2009, los microdatos de la Encuesta Europea de Salud para España no incluyen el dato de hipercolesterolemia.

2 *Global Activity Limitation Indicator*.

3 La Encuesta Europea de Salud en España en 2014 incluye también la severidad de la sintomatología depresiva con el cuestionario PHQ-8. Este es un cuestionario de 8 ítems basado en los criterios de depresión del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), diseñado para monitorizar la prevalencia de cuadros depresivos activos y la severidad de la sintomatología depresiva en la población. Sin embargo, este se refiere únicamente a la depresión y solo hay datos disponibles para 2014.

4 Estas limitaciones se desarrollan más extensamente en EXPH (2017: 20-23).

5 Las encuestas de salud de 2014 y 2017 investigan las necesidades no cubiertas en materia de salud con otras dos preguntas: una sobre las dificultades relacionadas con el transporte o la distancia y otra con la renuncia por motivos económicos a recibir distintos tipos de atención sanitaria (atención médica general, atención dental, compra de medicamentos recetados y atención de salud mental). Dada la diversidad de tipos de atención considerados, las respuestas recogen también la opción de no haber necesitado el servicio durante el año previo. Por desgracia, estas cuestiones no se incluyen con el mismo formato anterior. Las encuestas de 2006 y 2011-2012 investigaron la inaccesibilidad con una pregunta casi idéntica a la que constituye nuestro primer indicador. La encuesta de salud de 2009 sustituyó la pregunta anterior por dos cuestiones similares, pero referidas por separado a la atención hospitalaria y a las visitas al especialista.

6 Esta es, por ejemplo, la definición elegida en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible elaborada por Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2018: 5). Según se recoge en el informe publicado en 2018, casi un 12% de la población mundial gastó al menos una décima parte del presupuesto del hogar para costear los servicios de salud en 2010, dato superior al registrado en el año 2000.

7 Véase, por ejemplo, Cylus *et al.* (2018).

8 Esta es la metodología más frecuentemente utilizada en los estudios revisados por Wagstaff *et al.* (2018).

9 Thomson *et al.* (2016) explican con detalle la metodología. OCDE/UE (2018: 172-173) proporciona resultados comparativos para un grupo de países, entre los que no se encuentra España, no incluida en la lista de países en los que se realizará el estudio.

10 En los informes de países europeos publicados hasta el momento con esta metodología tiende a excluirse el alquiler imputado debido a los distintos procedimientos de cálculo usados en unos y otros casos, así como a la inexistencia de datos en algunos países. Para solventar el problema de la comparabilidad entre distintos regímenes de tenencia, la cesta básica varía en función de los mismos, incluyendo comida, energía y alquiler en los hogares arrendatarios, y solo comida y energía en los propietarios. Véase, por ejemplo, Cooke *et al.* (2018).

11 La propuesta de la OMS sugiere emplear la escala original de la OCDE, que pondera más las necesidades de los miembros adicionales del hogar, pero hemos considerado preferible mantener la escala de Eurostat por razones tanto teóricas como prácticas y de coherencia con otras partes del informe.

12 Esta situación mejorará cuando se publiquen los resultados de la nueva Encuesta de Discapacidad y Dependencia, con información detallada para toda la población.

13 En 2014 y 2017 hay una pregunta general sobre la disponibilidad o no de ayuda. En 2009 se pregunta de forma separada sobre la asistencia personal, la ayuda técnica y las adaptaciones de la vivienda. Hemos tenido en cuenta los dos primeros conceptos, pero no el tercero, para construir el indicador del año 2009.

14 Es el caso de las dificultades para realizar otros cuidados personales, en el que empleamos la variable «utilizar el teléfono», y las variables relacionadas con los desplazamientos tanto dentro como fuera del hogar, en los que utilizamos, respectivamente, la información sobre las dificultades para caminar 500 metros y para subir o bajar doce escalones.

15 El coeficiente 0,90 se aplica si existe necesidad de supervisión o sustitución física parcial. Se asigna 0,95 si se requiere sustitución máxima o total, y 1,00 cuando concurren circunstancias agravantes que requieren un apoyo especial (por ejemplo, obesidad mórbida).

16 En la valoración oficial, cada actividad consta de una serie de tareas sencillas que se evalúan por separado y contribuyen en distintas proporciones a la puntuación global. Por otra parte, los puntos totales asignados a cada actividad se multiplican, a su vez, por el coeficiente de apoyo (entre 0,90 y 1,00). El resultado global de la valoración es una cantidad de puntos que puede variar entre 0 y 100, y el umbral de entrada al sistema se fija en 25 puntos. Entre 25 y 49 puntos se reconoce una dependencia moderada, entre 50 y 74 una dependencia severa, y a partir de 75 puntos se considera gran dependencia.

17 Según los datos del último Informe sobre las Personas Mayores en España publicado por el IMSERSO, correspondiente a 2016, había en España a 31 de diciembre de 2015 un total de 5.387 centros que ofertaban 372.306 plazas, en las que eran atendidas 297.220 personas de 65 o más años (Fernández Muñoz [coord.], 2017: 327). Además, se tenía constancia de 4.545 personas mayores atendidas en las 586 viviendas para personas mayores registradas. Por otra parte, el informe de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia (2017) señala que eran 113.039 las personas dependientes de 65 y más años que recibían a finales de 2016 atención residencial en el marco del SAAD, si bien la cifra real puede ser algo superior debido a la existencia de prestaciones vinculadas de las que se desconoce la ayuda que cubren (había en total 81.244 prestaciones de este tipo, asociadas a servicios de ayuda domiciliaria, centro de día o atención residencial).

18 En realidad, el número de prestaciones de atención residencial concedidas por el SAAD a personas de 65 y más años (y para los subgrupos 65-79 años y 80 y más años) solo está disponible para el año 2016, gracias al informe de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia (2017). Las estadísticas del SISAAD señalan cada año el número de prestaciones de cada tipo, pero no su desglose según la edad de los beneficiarios. Para estimar en otros años la parte de las prestaciones correspondientes a las personas mayores se ha supuesto que, como en el año 2017, aproximadamente un 75% de las prestaciones de atención residencial se conceden a personas de 65 y más años.

19 Esta excepcionalidad queda claramente recogida en el artículo 14.4 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que indica lo siguiente: «El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención».

## BIBLIOGRAFÍA

BAETEN, R., SPASOVA, S., VANHERCKE, B., & COSTER, S. (2018). Inequalities in access to healthcare. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN), Bruselas: Comisión Europea.

Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia (2017). Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia. Madrid: IMSERSO.

COMISIÓN EUROPEA (2018). The 2018 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070). Institutional Paper 079. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018

COOKE, N., KUMPUNEN, S., & HOLDER, H. (2018). Can people afford for health care? New evidence on financial protection in the United Kingdom. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

CYLUS, J., THOMSON, S., & EVETOVITS, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 599.

EXPH (2017). Opinion on Benchmarking Access to Healthcare in the EU. Expert Panel on effective ways of investing in Health. Brussels: European Commission, 2017.

FARMER, C., FENU, E., O'FLYNN, N., & GUTHRIE, B. (2016). Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *Bmj*, 354, i4843.

FERNÁNDEZ MUÑOZ [coord.] (2017). Las personas mayores en España: Informe 2016. Madrid: IMSERSO.

INE (2018). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2017. Notas de Prensa, 19 de diciembre de 2018. Madrid: INE.

MARTÍNEZ, R., ROLDÁN, S., & SASTRE, M. (2018). La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales. Papeles de Trabajo 5/2018. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

Naciones Unidas (2018). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018. Nueva York: Naciones Unidas.

OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. París: OECD.

OECD (2017). Health at a Glance. París: OECD.

OLIVA, J., GONZÁLEZ, B., BARBER, P., PEÑA, L.M., URBANOS, R., & ZOZAYA, N. (2018). Crisis económica y salud en España. Informes, estudios e investigación 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

THOMSON, S., EVETOVITS, T., CYLUS, J., & JAKAB, M. (2016). Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*, 2(3), 357-366.

WAGSTAFF, A., FLORES, G., HSU, J., SMITZ, M. F., CHEPYNAGA, K., BUISMAN, L. R., VAN WILGENBURG, K., & EOZENO, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169-e179.

WATERHOUSE, J.A.H., MUIR, C.S., CORREA P. Y POWELL, J. [eds.] (1976). Cancer incidence in five continents. IARC, Scientific Publications, vol. III, num. 15, Lyon, IARC.

