
NECESSITATS SOCIALS A ESPANYA

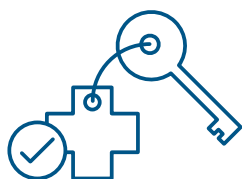
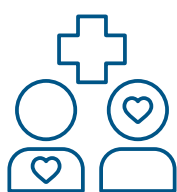
Salut

Informe

04

Octubre 2019

APÈNDIX METODOLÒGIC



Crèdits

Observatori Social de "la Caixa"

**Edició: Fundació Bancària
"la Caixa", 2019**
Plaça Weyler 3
07001 Palma

ISBN 978-84-9900-243-9

Tractament i visualització de dades, disseny gràfic i maquetació

Andrés Fernández Torcida
www.andresft.com

La Fundació Bancària "la Caixa"
no s'identifica necessàriament
amb l'opinió dels autors
d'aquesta publicació.

observatoriosociallacaixa.org

Recerca i elaboració de l'informe

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

Sumari

4 Introducció

5 Reptes, indicadors i fonts

10 **Primer repte:** mantenir i millorar l'estat de salut

12 **Segon repte:** promoure estils de vida saludables

14 **Tercer repte:** garantir l'accés a l'atenció sanitària

18 **Quart repte:** garantir l'accés a l'atenció a la dependència

22 Notes

23 Bibliografia



INTRODUCCIÓN



Aquest document presenta els reptes i els indicadors seleccionats per representar les necessitats socials en matèria de salut. S'hi analitzen les fonts d'informació disponibles i es justifiquen les tries que n'hem fet.

Reptes, indicadors i fonts

Primer repte: mantenir i millorar l'estat de salut



Mala salut autopercebuda:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que declaren que el seu estat de salut ha estat dolent o molt dolent els últims 12 mesos. Percentatge ajustat per edat.

Font: ECV-T.

Persones grans greument limitades:

Percentatge de persones grans (majors de 65 anys) amb limitació greu per a les activitats de la vida quotidiana a causa de problemes de salut els últims sis mesos.

Font: ECV-T.

Limitacions per a l'activitat de la vida quotidiana

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) amb limitació moderada o greu per a les activitats de la vida quotidiana a causa de problemes de salut els últims sis mesos. Percentatge ajustat per edat.

Font: ENS/EESE.

Malalts crònics:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que els últims 12 mesos han patit -i han estat diagnosticades per un metge- alguna de les principals malalties o problemes de salut crònics de risc cardiovascular: hipertensió, hipercolesterolèmia o diabetis. Percentatge ajustat per edat.

Font: ECV-T.

Problemes de salut mental:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) amb depressió, ansietat o altres problemes mentals diagnosticats per un metge els últims 12 mesos. Percentatge ajustat per edat.

Font: ENS/EESE.

Segon repte: promoure estils de vida saludables

Sedentarisme:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que declaren que no fan cap exercici físic en el temps lliure. Percentatge ajustat per edat.

Font: ENS/EESE.

Consum insuficient de fruita i verdura:

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

Font: ENS/EESE.

Obesitat:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) amb un índex de massa corporal superior a 30 kg/m².

Percentatge ajustat per edat.

Font: ENS/EESE.



Consum elevat de tabac:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que fumen 20 cigarretes o més per dia. Percentatge ajustat per edat.

Font: ENS/EESE.

Consum elevat de cànnabis:

Percentatge de persones adultes de 15 a 64 anys que fumen cànnabis diàriament. Percentatge ajustat per edat.

Font: EDADES.

Consum d'alcohol desmesurat:

Percentatge de persones adultes de 15 a 64 anys que han consumit més de cinc begudes alcohòliques (els homes) o més de quatre (les dones) en una mateixa ocasió de dues hores aproximadament, els últims 30 dies.¹ Percentatge ajustat per edat.

Font: EDADES.

Tercer repte: garantir l'accés a l'atenció sanitària

Inaccessibilitat a l'atenció mèdica:

Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat d'anar al metge (excepte el dentista) per motius econòmics, distància excessiva o perquè havien d'esperar massa.

Font: ECV-T.

Inaccessibilitat a l'atenció dental:

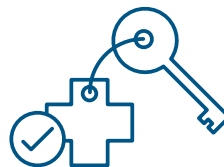
Percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat d'anar al dentista per motius econòmics, distància excessiva o perquè havien d'esperar massa.

Font: ECV-T.

Absència d'assistència mèdica o demora excessiva a causa de les llistes d'espera:

Percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) amb necessitat d'atenció mèdica que consideren que alguna vegada, els últims 12 mesos, han rebut assistència mèdica amb retard o no n'han rebuda a causa de les llistes d'espera.

Font: ENS/EESE.



Llista d'espera quirúrgica:

Per cada mil habitants, pacients en situació de ser intervinguts quirúrgicament i en llista d'espera a causa de l'organització i els recursos disponibles.

Font: SISLE.

Renúncia a prendre fàrmacs receptats per motius econòmics:

Percentatge de persones adultes (majors de 18 anys) que alguna vegada, els últims 12 mesos, han deixat de prendre, per motius econòmics, un medicament receptat per un metge de la sanitat pública.

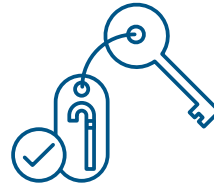
Font: BS.

Despesa sanitària catastròfica:

Percentatge de persones del primer quintil² la despesa sanitària de les quals supera el 40% de la seva capacitat de pagament. La capacitat de pagament es mesura traient de la despesa total de la llar la despesa bàsica estàndard en alimentació, energia i habitatge.

Font: EPF.

Quart repte: garantir l'accés a l'atenció a la dependència



Necessitat subjectiva d'ajuda en les persones grans:

Percentatge de majors de 65 anys amb dificultats en alguna activitat bàsica o instrumental de la vida diària que consideren que necessitarien rebre més ajuda de la que reben.

Font: SISAAD.

Demanda d'atenció entre les persones grans:

Percentatge de majors de 65 anys amb necessitat estimada d'atenció, segons les enquestes de salut.

Font: ENS/EESE y SISAAD.

Llista d'espera registrada:

Percentatge de persones de qualsevol edat amb dependència reconeguda que esperen rebre serveis o prestacions del Sistema d'Atenció a la Dependència (SAAD).

Font: ENS/EESE.

Dèficit de cobertura de les persones grans dependents:

Percentatge de majors de 65 anys amb necessitat estimada d'atenció que no reben atenció del Sistema d'Atenció a la Dependència (perquè no l'han demanada, se'ls ha denegat, es troben en llista d'espera, etc.).

Font: ENS/EESE.

Dèficit de professionalització de l'atenció:

Percentatge de prestacions concedides pel Sistema d'Atenció a la Dependència (SAAD) consistents en ajudes per a l'atenció en l'entorn familiar, sobre el total de les prestacions concedides.

Font: SISAAD.

Notes:

¹Es considera consum desmesurat d'alcohol o *binge drinking* quan un home consumeix més de cinc unitats de beguda estàndard (50 g d'alcohol pur) i una dona en consumeix més de quatre (40 g d'alcohol pur) en una mateixa ocasió de dues hores aproximadament. L'equivalència (en grams d'alcohol pur) utilitzada és: cervesa amb alcohol, vi, cava, begudes locals (sidra, cigaló, etc.): 10 g per unitat de beguda; aperitius amb alcohol (vermut, fino, xerès), licors, anís, patxaran, whisky, conyac, combinats: 20 g per unitat de beguda.

²El primer quintil inclou el 20% de la població amb el nivell més baix de despesa de consum total (monetària i no monetària), ajustat a la grandària de la llar, i fent servir l'escala d'equivalència d'Eurostat.

ECV-T: fitxers transversals de l'Enquesta de condicions de vida, base 2004 i base 2013 (INE).

ENS/EESE: Enquesta nacional de salut (anys 2006, 2011-2012 i 2017) i Enquesta europea de salut a Espanya (anys 2009 i 2014).

Les enquestes del 2006 i el 2009 consideren adults els majors de 16 anys. A partir del 2011-2012, els majors de 15 anys (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social).

EDADES: Enquesta sobre l'alcohol i altres drogues a Espanya (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social).

SISLE: Sistema d'informació sobre llistes d'espera del Sistema Nacional de Salut (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social).

BS: Baròmetre Sanitari (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social).

EPF: Enquesta de pressupostos familiars, base 2006 (INE).

SISAAD: Sistema d'informació del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (Institut de Gent Gran i Serveis Socials).

Font: elaboració pròpia.

Primer repte: mantenir i millorar l'estat de salut



El primer repte que ens plantejem en l'àmbit de la salut és que la població estigui com més sana millor. La salut, però, depèn de múltiples causes, tant individuals com col·lectives (factors genètics, estils de vida, salubritat de l'entorn, avanços mèdics, etc.). També hi ha factors relacionats amb el cicle vital que influeixen clarament en la incidència de diverses malalties. L'estructura de la població (el fet que la població sigui més jove o més vella) influeix en l'estat de salut. Si bé l'edat avançada i la malaltia no sempre van plegades, l'estat general de salut de les persones més grans es tendeix a deteriorar. Per això, en valorar els passos endavant i enrere d'aquest repte, és recomanable fer servir indicadors estandarditzats o ajustat per edats, de manera que s'eliminin els efectes de la composició causats només pel canvi en l'estructura d'edats de la població (si el nivell de salut de cada grup d'edat és el mateix, l'estat general de salut empitjora per un pur efecte demogràfic si no s'ajusta l'indicador per edats, mentre que no varia si s'hi ajusta). Per evitar aquest problema, els indicadors triats per representar aquest repte s'han ajustat per edats, tot agafant com a població de referència la població estàndard europea (Waterhouse *et al.*, 1976). L'única excepció fa referència a les limitacions greus entre les persones grans, ja que és un indicador restringit per definició al grup de majors de 65 anys.

El primer indicador, **mala salut autopercebuda**, mostra el percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que declaren que el seu estat de salut ha estat dolent o molt dolent els últims 12 mesos, ajustat per edats de la manera que hem indicat. Es basa en una escala d'autovaloració de l'estat de salut amb cinc categories, inclosa en moltes enquestes, i que ha estat àmpliament utilitzada per analitzar l'estat de salut de la població, a causa de l'elevada correlació amb els mesuradors objectius i la seva bona capacitat predictiva sobre l'ús dels serveis mèdics o de la mortalitat (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2017). Aquesta variable és també la que es fa servir per calcular l'indicador conegut com a esperança de vida en bona salut (EVBS), que de vegades s'usa per fer comparacions de l'esperança de vida ajustada segons l'estat de salut. En aquest informe ens basem en la informació procedent de l'Enquesta de condicions de vida, ja que

és la font que ofereix més continuïtat temporal i més possibilitats de comparació internacional.

El segon indicador, els **malalts crònics**, mostra el percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que els últims 12 mesos han patit –i han estat diagnosticades per un metge– alguna de les principals malalties o problemes de salut crònics de risc cardiovascular (hipertensió, hipercolesterolèmia o diabetis), ajustat per edats. Les malalties cròniques són importants perquè generen problemes de salut que perduren o empitjoren amb el temps, ja que sovint es poden controlar però no guarir, i suposen les causes principals de mort de la població (càncer, cardiopaties, ictus, etc.). Per definir l'indicador utilitzat en aquest informe hem fet servir l'àmplia informació sobre morbiditat que contenen les enquestes de salut. Encara que la llista de malalties sobre les quals s'ofereix informació és llarga, l'indicador es basa en la prevalença dels tres problemes de salut més vinculats a la malaltia cardiovascular: hipertensió, diabetis i hipercolesterolèmia. L'elecció es justifica perquè les malalties del sistema circulatori continuen sent la causa principal de mort a Espanya, per davant dels tumors (INE, 2018). La hipertensió, coneguda com «l'assassina silenciosa», ja que no genera quasi mai símptomes que interfereixen en la vida diària, és present en les comorbiditats principals (Farmer *et al.*, 2016). La hipercolesterolèmia és un senyal prematur de pèrdua de salut cardiovascular que resulta essencial controlar.¹ I la diabetis, encara que té menys prevalença que els dos problemes anteriors, és important per la tendència ascendent que presenta, la seva associació amb factors de risc com ara el sedentarisme o l'obesitat i les possibles complicacions greus que es poden derivar del seu tractament tardà (en molts casos es pateix sense que sigui diagnosticada a temps).

El tercer indicador, les **limitacions per a l'activitat de la vida quotidiana**, es defineix com el percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que declaren patir alguna limitació moderada o greu per a les activitats de la vida quotidiana a causa de problemes de salut al llarg dels últims sis mesos, ajustat per edats. Aquest indicador, conegut internacionalment com a indicador global de limitació de l'activitat (GALI, per

les sigles en anglès)² el recullen diferents fonts de dades i es fa servir àmpliament en l'àmbit internacional. També és la variable que se sol utilitzar per construir l'indicador d'«esperança de vida lliure d'incapacitat» (EVLI), que de vegades també s'anomena «anys de vida saludable» (AVS), inclòs en diverses publicacions (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2017). En aquest informe fem servir l'Enquesta de condicions de vida com a font de dades, pels mateixos motius que en el cas de la salut autopercebuda.

El quart indicador, **persones grans greument limitades**, és una variant de l'anterior que mostra el percentatge de persones grans (majors de 65 anys) amb limitació greu per a les activitats de la vida quotidiana a causa de problemes de salut els últims sis mesos. Les limitacions greus autopercebudes s'han fet servir sovint com una aproximació simple al nombre de persones que necessiten atenció de llarga durada (Comissió Europea, 2018). L'indicador, encara que amb les limitacions derivades del seu caràcter subjectiu i general, és útil per fer un seguiment d'aquesta important faceta de l'estat de salut de les persones grans, demandants principals d'aquesta mena d'atenció, tant ara com en el futur.

L'últim indicador, **problemes de salut mental**, complementa els indicadors sobre l'estat de salut amb un de referit a la prevalença de trastorns mentals com ara la depressió, l'ansietat crònica o altres malalties psíquiques (diagnosticades per un metge) que pateix la població adulta (majors de 15 anys) els últims 12 mesos. Com en els casos anteriors, l'indicador es proporciona en forma de percentatge ajustat per edats. La font de dades utilitzada són les enquestes de salut.³

Segon repte: promoure estils de vida saludables



La millor malaltia és la que no s'arriba a patir mai. Per això, la promoció d'estils de vida saludables i la reducció dels factors de risc evitables constitueix un repte important en matèria de salut. És complicat resumir en uns pocs indicadors les necessitats socials en aquest àmbit, atesa la multiplicitat de factors controlables que influeixen en la salut. En aquest informe ens centrem en l'obesitat, el sedentarisme, la dieta i el consum de substàncies nocives (alcohol, tabac i altres drogues), ja que són elements entorn dels quals hi ha prou informació i consens, sense descartar per això la necessitat de tenir cura d'altres àmbits.

El primer indicador, el **sedentarisme**, mostra el percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que declaren que no fan cap exercici físic en el temps lliure, és a dir, que són sedentàries en el seu temps de lleure, ajustat per edats. Encara que les enquestes de salut, la font de dades de referència per a aquest indicador, contenen variables més detallades sobre l'exercici físic practicat, els canvis a les preguntes entre unes edicions i les altres de la mateixa enquesta dificulten l'elaboració d'un indicador més complex que resulti prou comparable. El 2006 i el 2009 no es van recollir dades de sedentarisme a causa dels problemes de comparabilitat (la formulació en aquests anys va ser diferent respecte als altres). Aquesta variable és important perquè l'estil de vida sedentari augmenta el sobrepès, accelera l'envelliment ossi i muscular i incrementa el risc de patir moltes malalties.

El segon indicador, l'**obesitat**, mostra el percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que pateixen obesitat, ajustat per edats. L'obesitat, com el sedentarisme, té una relació demostrada amb múltiples problemes de salut, com ara la hipertensió, l'excés de colesterol, la diabetis tipus 2, les malalties coronàries i fins i tot certs tipus de càncer. La definició d'obesitat que fem servir en aquest informe es basa en els paràmetres habituals a partir de la variable de les enquestes de salut que recull l'índex de massa corporal de la persona entrevistada, considerant que són obeses les que tenen un IMC superior a 30. En algunes anàlisis s'ha aplicat el concepte menys sever de sobrepès, definit com un IMC superior a 25.

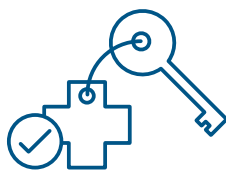
El tercer indicador, el **consum insuficient de fruita i verdura**, mostra el percentatge de persones adultes (majors de 15 anys) que no consumeixen fruita i verdura cada dia, ajustat per edats. La font d'informació que hem fet servir per a aquest indicador són les enquestes de salut. Aquesta definició de l'indicador ha estat utilitzada en altres informes com l'aproximació al concepte de dieta inadequada, tot i reconèixer la complexitat implícita a l'hora de mesurar aquest concepte (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2017). Convé recordar en aquest punt que l'Organització Mundial de la Salut recomana menjar diàriament, com a mínim, 400 grams de fruita i verdura per millorar la salut i reduir el risc de determinades malalties.

El quart indicador, el **consum elevat de tabac**, reflecteix el percentatge d'adults (majors de 15 anys) que fumen 20 cigarretes o més per dia. Es tracta d'un nivell de consum de tabac que representa un risc clar per a la salut, per la seva relació demostrada amb malalties respiratòries i cardiovasculars, a més de diversos tipus de càncer. De fet, el tabaquisme es considera la principal causa evitable de mort prematura a Espanya i altres països, la qual cosa justifica la importància que té en l'àmbit de les polítiques de prevenció en matèria de salut. Les dades sobre consum de tabac utilitzades per avaluar l'indicador provenen de les enquestes de salut.

El cinquè indicador, el **consum elevat d'alcohol**, mostra el percentatge de persones adultes de 15 a 64 anys que han consumit begudes alcohòliques de manera desmesurada (*binge drinking* i *heavy episodic drinking*) els últims 30 dies. Com en el cas de la dieta, la definició d'un consum massa elevat o de risc d'alcohol resulta complexa, tenint en compte l'existència de diversos patrons de consum i l'absència d'un consens mèdic unànim com el que fa referència al consum de tabac. Per això, en aquest informe hem pres com a referència una forma de consum d'alcohol (el consum desmesurat) els efectes nocius del qual per a la salut resulten ben clars. Les dades emprades procedeixen de l'Enquesta sobre l'alcohol i altres drogues a Espanya (EDADES), feta pel Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social.

El sisè i darrer indicador, el **consum elevat de cànnabis**, mesura el percentatge de persones de 15 a 64 anys que declaren fumar cànnabis diàriament. Aquest indicador pretén captar la prevalença en l'ús de drogues il·legals tot examinant el cas de la més consumida per la població espanyol, el cànnabis. Com en el cas de l'indicador sobre el consum elevat d'alcohol, n'hem seleccionat una quantitat que representa, segons els experts, un risc clar per a la salut.

Terçer repte: garantir l'accés a l'atenció sanitària



Espanya té un servei públic de salut de cobertura pràcticament universal. Això vol dir que, amb molt poques excepcions, tota la població té el dret de rebre assistència sanitària del sistema públic quan ho necessita. Garantir un accés adequat al sistema de salut, però, exigeix detectar i, sempre que sigui possible, suprimir les barreres que generen desigualtat en l'atenció rebuda o que fan minvar les oportunitats de curació de certes persones o grups, ja que, tot i tenir dret a usar els serveis de salut, els temps d'espera, el cost, la distància o l'escassetat d'especialistes i de serveis adequats en certes zones poden perjudicar l'equitat d'accés.

No obstant això, mesurar les necessitats no cobertes d'atenció sanitària no és pas una tasca senzilla. Les dades d'ús generades pel sistema sanitari són importants, però insuficients, ja que per definició exclouen les persones que han renunciat a utilitzar els serveis o que ho han fet en una mesura inferior a les seves necessitats. Per això, diversos informes prenen com a punt de partida la informació obtinguda a través d'enquestes directes a la població. Tant les enquestes europees sobre renda i condicions de vida (ECV/EU-SILC), elaborada amb periodicitat anual des del 2004, com les últimes onades del Baròmetre Sanitari (BS) i de les enquestes nacionals i europea de salut (ENS/EESE) investiguen directament l'existència de diversos tipus de necessitats mèdiques no cobertes mitjançant preguntes als adults entrevistats, encara que les diferències en les qüestions plantejades fan difícil comptar amb una sèrie homogènia d'indicadors. D'altra banda, dos mòduls especials de l'EU-SILC introdueixen qüestions sobre la possible sobrecàrrega en què incorren les famílies a causa de les despeses sanitàries, encara que no hi ha continuïtat temporal. A més a més d'aquestes fonts, resulta útil l'Enquesta de pressupostos familiars, que ofereix dades objectives sobre la despesa farmacèutica i sanitària ocasionada per les famílies. Aquestes dades s'han fet servir en alguns informes per construir indicadors de despesa «catastròfica», que poden ser útils per analitzar les dificultats d'accés efectiu al sistema sanitari.

Tot seguit expliquem i justifiquem els indicadors de necessitat que hem emprat per representar aquest repte.

El primer indicador mesura la **inaccessibilitat a l'atenció mèdica** per mitjà d'una pregunta que s'ha inclòs a totes les onades de l'Enquesta de condicions de vida (i disponible també, per tant, per als altres països europeus que participen a l'EU-SILC). Aquesta qüestió investiga si els adults que viuen a la llar han necessitat alguna vegada, durant l'any anterior, anar a la consulta del metge (excepte el dentista) i no ho han pogut fer i per quin motiu (manca de temps, por als metges, manca de recursos econòmics, llista d'espera, distància excessiva, etc.). Aquesta qüestió s'inclou també, en un format molt semblant, a les enquestes de salut dels anys 2003, 2006 i 2011-2012. El percentatge d'adults que diuen que no han rebut alguna vegada l'atenció mèdica necessària durant l'any anterior varia segons els anys, amb un màxim del 8,7% el 2009. Per definir l'indicador s'han tingut en compte, seguint la metodologia habitual, només les causes atribuïbles al sistema sanitari, de manera que es considera que hi ha inaccessibleitat quan la manca d'accés és deguda al fet de no poder pagar-ne el cost, a la distància excessiva o bé a un temps d'espera elevat. Quan ens restringim a aquestes tres causes, l'indicador mostra al nostre país un valor molt reduït, sempre inferior a l'1%.

El segon indicador mesura la **inaccessibilitat a l'atenció dental** amb una qüestió idèntica a l'anterior, però referida exclusivament a la consulta d'odontòlegs, recollida a la mateixa enquesta. Com en el cas anterior, es considera que hi ha una necessitat no coberta d'accés quan s'indiquen motius econòmics, manca de serveis pròxims o un temps d'espera excessiu com les raons per les quals no es va arribar a anar a la consulta del dentista, malgrat la necessitat. Amb això s'analitza la dificultat d'accés a una àrea de l'atenció sanitària que tant a Espanya com a altres països només té una cobertura pública parcial.

En tots dos casos, l'indicador mostra el percentatge de persones adultes (majors de 16 anys) que diuen que almenys una vegada, durant l'any anterior, han deixat d'anar al metge o al dentista per algun d'aquests motius.

Totes dues variables sovint es fan servir en les comparatives internacionals que analitzen l'accessibilitat del sistema sanitari dins l'àmbit europeu (OCDE/UE, 2018; Baeten *et al.*, 2018; OCDE, 2017), malgrat certes limitacions que cal reconèixer (principalment, l'exclusió o la inclusió imperfecta de certs grups, com ara la població sense sostre, la que viu en institucions o els immigrants irregulars, i la impossibilitat de conèixer la magnitud real de la dificultat d'accés –no s'indica el nombre de vegades en què no ha estat possible anar al metge, ni si era la primera visita o les següents, etc.).⁴

El tercer indicador, l'**absència d'assistència mèdica o la demora excessiva a causa de les llistes d'espera**, complementa els dos anteriors tot utilitzant una de les qüestions sobre la dificultat d'accés incloses per primera vegada a l'Enquesta europea de salut a Espanya, feta el 2014, i repetida a l'Enquesta nacional de salut del 2017.⁵ L'indicador recull el percentatge de persones majors de 15 anys amb necessitat d'atenció mèdica que consideren que alguna vegada, els últims 12 mesos, han rebut assistència mèdica amb retard o bé no n'han rebuda a causa de les llistes d'espera. A diferència dels dos primers indicadors, la qüestió se centra específicament en els problemes d'accés causats per l'existència de llistes d'espera, i inclou tant la manca d'assistència pròpiament dita com la demora excessiva (a parer de l'entrevistat) en aquesta atenció. D'altra banda, el percentatge es calcula no sobre el total de població adulta, sinó sobre la població adulta que afirma haver necessitat atenció mèdica en algun moment durant els 12 mesos anteriors a l'entrevista (és a dir, s'exclouen del càlcul els que indiquen no haver necessitat cap servei mèdic, entorn del 20% dels adults).

El quart indicador, **llista d'espera quirúrgica**, mostra el nombre de pacients en llista d'espera quirúrgica estructural per cada mil habitants a 31 de desembre de cada any, sobre la base de les dades extretes del Sistema d'Informació sobre Llistes d'Espera (SISLE), que ofereix informació des de l'any 2003. Els pacients en llista d'espera estructural són aquells que es troben en situació de ser intervinguts quirúrgicament (és a dir, als quals se'ls ha prescrit una intervenció no urgent per a la qual és previst l'ús del quiròfan) i en llista d'espera a causa de

l'organització i els recursos disponibles. Per al càlcul de la taxa per mil habitants, la població de referència és la de targeta sanitària, d'acord amb les xifres de la base de dades de targeta sanitària del Sistema Nacional de Salut. Aquest indicador i els altres que inclou aquesta font oficial d'informació són molt útils per analitzar l'evolució d'un dels elements percebuts com a problemàtic en el funcionament de la sanitat espanyola. Cal aclarir, però, que la sèrie temporal no és perfectament homogènia: fins al 2011, els totals no inclouen les dades corresponents a la Comunitat de Madrid, ja que es considerava que no complien els estàndards metodològics exigits al conjunt de comunitats. A més a més, fins al 2016 no s'incorporen les dades completes de Catalunya, ja que la informació aportada els anys previs era una estimació basada en processos seleccionats (Oliva *et al.*, 2018).

El cinquè indicador, **renúncia a prendre fàrmacs receptats per motius econòmics**, mostra el percentatge de persones adultes (majors de 18 anys) que alguna vegada, durant l'any anterior, han deixat de prendre, per motius econòmics, algun medicament receptat per un metge de la sanitat pública. La font utilitzada per obtenir aquest indicador és el Baròmetre Sanitari (BS), que inclou aquesta pregunta des de l'any 2013, i ofereix, per tant, la sèrie més llarga possible (cinc anys). Hi ha una pregunta semblant a les enquestes de salut, però només per als anys 2014 i 2017. L'interès de l'indicador està en el fet que la despesa farmacèutica és sotmesa a copagament, i per tant és una de les àrees en què hi pot haver barreres econòmiques d'accés, si la contribució no es dissenya d'una manera adequada.

Finalment, s'inclou un indicador de **despesa sanitària catastròfica** per a la població situada al primer quintil (el 20% amb menys capacitat econòmica, mesurada mitjançant la despesa de consum total, monetària i no monetària, ajustada a la grandària i la composició de la llar amb l'escala d'equivalència d'Eurostat). L'indicador mostra, concretament, el percentatge de persones del primer quintil la despesa sanitària de les quals supera el 40% de la seva capacitat de pagament. Al seu torn, la capacitat de pagament es mesura restant de la despesa total de la llar la despesa bàsica estàndard en alimentació, energia i habitatge.

La font de dades que permet fer aquests càlculs és l'Enquesta de pressupostos familiars, que quantifica la despesa sanitària feta per les llars en diversos béns i serveis relacionats amb la salut (medicaments, pagaments a metges i dentistes, adquisició d'aparells terapèutics, etc.). A nivell agregat, la proporció de despesa sanitària total finançada directament per les famílies depèn d'aspectes clau de l'organització del sistema de salut, com ara la cobertura poblacional, l'amplitud de la cartera de serveis i el disseny dels mecanismes de copagament, i s'ha relacionat amb el grau de «protecció financera» oferta pels diferents models sanitaris (OCDE/UE, 2018). A nivell desagregat, les microdades sobre la despesa en salut de les llars permeten d'identificar situacions en les quals els pagaments són alts en relació amb la capacitat de pagament de les llars. La idea és que fins i tot els petits copagaments poden implicar dificultats financeres a les llars amb recursos econòmics limitats i problemes de salut que requereixen tractaments de llarga durada, i això obliga a haver de triar entre mantenir la medicació o cobrir altres necessitats bàsiques, com ara l'alimentació, l'energia o l'habitatge.

Hi ha diferents metodologies per determinar quan una llar incorre en despeses «catastròfiques» relacionades amb la salut. Totes examinen la proporció de la despesa sobre la capacitat de pagament de la llar, però la manera de definir els conceptes varia. Com en el cas del mesurament de l'anomenada «pobresa energètica», les discrepàncies principals entre els estudis afecten la tria de l'indicador que es fa servir per quantificar la «capacitat de pagament» i la fixació dels llindars pertinents. El mètode més simple, conegut com el sistema de la proporció de despesa (*budget share*), utilitza com a denominador la renda o, més sovint, la despesa total de la llar. Això equival a suposar que tot el pressupost està disponible per a la despesa sanitària, i determina que incorren en despesa catastròfica les llars que superen un cert percentatge, generalment el 10%.⁶ Els crítics d'aquest enfocament argumenten que, com que no té en compte la despesa necessària per cobrir el mínim vital, subestima la capacitat de pagament de les famílies acomodades i sobreestima la de les llars pobres.⁷ Per això, la majoria d'indicadors de despesa catastròfica que es fan servir es basen en el quocient entre la despesa en salut i la capacitat de pagament de la llar, mesurada mitjançant la despesa (o la renda) menys una quantitat representativa del consum mínim de subsistència, aplicant-hi un llindar que generalment se situa en el 40%.

Al seu torn, la definició del consum mínim dona lloc a diferents metodologies de càlcul. La més comuna consisteix a restar una quantitat estàndard per al consum d'aliments, definida a partir de la despesa alimentària de les llars que es troben en determinats percentils representatius de la distribució. Si el consum d'aliments és inferior a aquest llindar, s'utilitza la despesa alimentària real de la llar.⁸ Una segona possibilitat és restar directament la despesa alimentària real de les llars en tots els casos, en lloc de la despesa considerada. Com mostren Cylus *et al.* (2018) en una comparació recent, a la pràctica tots dos mètodes donen resultats semblants, ja que a la majoria de llars les despeses alimentàries són inferiors a les normatives.

L'oficina europea de l'OMS ha proposat no fa gaire una variant de les metodologies anteriors que considera més adequada per a països amb un nivell de desenvolupament alt, i que és la que hem fet servir, amb alguns ajustos, per obtenir l'indicador inclòs en aquest informe.⁹ Per calcular la capacitat de pagament es treu de la despesa total de la llar la despesa normativa en alimentació, habitatge i energia, calculada com la despesa mitjana en aquestes partides de les llars situades entre els percentils 25 i 35 de la distribució. La despesa considerada inclou tant elements monetaris com no monetaris (en la mesura que queden recollits a l'enquesta): això és important especialment per a les llars que tenen l'habitatge en propietat, en què el lloguer imputat forma part del seu consum, la qual cosa permet tractar de manera més homogènia les llars propietàries i les arrendatàries.¹⁰ En el cas d'Espanya, el mínim vital, calculat d'aquesta manera, se situaria en uns 5.420 euros anuals l'any 2017 per al cas d'una llar unipersonal. A les famílies amb més membres, la quantitat anterior s'ajusta utilitzant l'escala d'equivalència de l'OCDE modificada, que és la que fa servir Eurostat habitualment.¹¹ A més d'incloure altres despeses bàsiques, no tan sols l'alimentària, l'adaptació proposada per l'oficina europea de l'OMS utilitza en tots els casos la despesa normativa, la qual cosa permet que la capacitat de pagament pugui resultar negativa (si la despesa real no arriba a cobrir la despesa mínima necessària). En aquestes llars, qualsevol despesa sanitària que es faci, per petita que sigui, resulta catastròfica per definició. A les llars amb capacitat de pagament positiva, es considera catastròfica la despesa quan supera el 40% d'aquesta capacitat. Una limitació d'aquest indicador és que el càlcul deixa fora les llars que no han fet cap

despesa durant el període de referència, sense que a priori sapiguem si això ha estat perquè no n'han tingut necessitat, perquè han aconseguit cobrir la necessitat sense haver de fer cap pagament per una política de gratuïtat, o bé perquè no s'ho han pogut permetre, tot i tenir-ne necessitat.

Quart repte: garantir l'atenció a la dependència



L'envelliment demogràfic implica, a tots els països, una demanda creixent d'atenció de llarga durada, encara que l'estat de salut de les persones grans (i dels altres grups socials) influeix en aquesta evolució. Amb la informació disponible actualment, és difícil calcular exactament la demanda d'aquesta atenció i el grau en què aquesta necessitat se satisfà. D'altra banda, les dificultats augmenten quan volem analitzar sèries temporals o fer comparacions amb els països del nostre entorn. El 2006 Espanya va regular l'atenció a la dependència com una nova política social, i des del 2008 té unes estadístiques bàsiques sobre el funcionament del sistema (SISAAD). Les enquestes a les llars permeten estimar de manera aproximada les necessitats d'atenció segons les limitacions autopercebudes, encara que les variables més detallades només s'investiguen, en general, per a les persones majors de 65 anys.¹² A escala internacional, l'OCDE ofereix informació més àmplia i sistemàtica que la Unió Europea, tot i que les definicions aplicades pels països no són sempre estrictament comparables.

Com en el repte anterior, en aquest informe reflectim les necessitats mitjançant cinc indicadors, obtinguts amb la combinació de dades procedents de les estadístiques oficials (proporcionades per l'Imsero) i les enquestes a la població, tant les de salut (ENS/EESE) com la de condicions de vida (ECV). A causa de la manca d'homogeneïtat i a les llacunes en la informació disponible a les enquestes per construir els indicadors, la sèrie d'anys utilitzada per analitzar l'accés a l'atenció a la dependència es limita als anys 2009, 2014 i 2017.

El primer indicador, la necessitat subjectiva d'ajuda a les persones grans, reflecteix el percentatge de majors de 65 anys amb dificultats en alguna activitat bàsica o instrumental de la vida diària que consideren que necessitarien rebre ajuda, o bé més ajuda de la que reben actualment, en almenys una activitat bàsica o instrumental de la vida diària. Es calcula amb les preguntes de les enquestes de salut que demanen a les persones amb dificultats si tenen o no habitualment ajuda a l'hora de fer aquestes activitats i si estan satisfetes amb aquesta ajuda o bé en necessitarien més. Aquestes qüestions s'inclouen a les enquestes del 2009, el

2014 i el 2017, però com que les preguntes del 2009 es formulen d'una manera diferent, els resultats no són perfectament comparables.¹³ L'indicador s'expressa com a percentatge sobre el total de persones grans amb dificultat en almenys una activitat bàsica o instrumental.

El segon indicador, la llista d'espera registrada, mostra el percentatge de persones de qualsevol edat amb dependència reconeguda que esperen rebre serveis o prestacions del Sistema d'Atenció a la Dependència (SAAD), segons les dades ofertes per l'Imsero per mitjà del SISAAD. Es tracta de persones amb un grau de dependència reconegut oficialment (moderat, greu o gran dependència), després de passar el procés d'avaluació oportú, però que esperen rebre els serveis o les prestacions que els corresponen. L'evolució d'aquest indicador, que ha tingut un seguiment prou ampli als mitjans de comunicació, s'ha vist condicionada per factors molt diversos (dinàmiques d'implantació, gestió de les valoracions, possibles insuficiències en l'oferta de determinats serveis, etc.) que en poden afectar la interpretació. En tot cas, hi ha acord en què la llista d'espera registrada no és un indicador suficient del dèficit de cobertura del sistema, ja que exclou les persones amb necessitat d'atenció que no han sol·licitat ser valorades pel SAAD, que esperen ser valorades o a les quals s'ha denegat el grau de dependència i que no han demanat una nova valoració. Per això, la cobertura real s'ha de mesurar recorrent a fonts externes que permetin estimar el nombre de persones amb necessitat d'ajuda a causa de les seves dificultats per fer les tasques bàsiques o instrumentals de la vida quotidiana (Comissió per a l'Anàlisi de la Situació del Sistema de Dependència, 2017).

El tercer indicador, la demanda estimada d'atenció entre les persones grans, mostra el percentatge de persones majors de 65 anys amb necessitat estimada d'atenció, segons les dades que recullen les enquestes de salut. Per a això cal tenir en compte les limitacions declarades pels entrevistats a l'hora de fer les activitats bàsiques (llevar-se, vestir-se, rentar-se, alimentar-se, etc.) i instrumentals (anar a comprar, cuinar, netejar, etc.) de la vida diària, en els termes que recullen les

enquestes i aplicant-hi una extensió de la metodologia desenvolupada a Martínez *et al.* (2018). Amb aquesta informació s'ha assignat a cada persona una puntuació entre 0 i 100 punts, representativa del seu nivell de dependència, amb una escala que reproduïx de la millor manera possible el barem oficial de valoració. Per a això, cal simplificar d'alguna manera l'escala, ja que no hi ha informació detallada per a totes les activitats i tasques concretes tingudes en compte en el barem, i també fer servir, en alguns casos, variables *proxy* (taula 1).¹⁴ Per estimar la demanda d'atenció, hem assignat puntuació només quan les persones declaren que no poden fer l'activitat sense ajuda, o bé quan diuen que sí que la poden fer, però amb molta dificultat. Com que la informació que recullen les enquestes no permet determinar el coeficient de suport per a cada activitat amb limitacions, hem optat per assignar sempre el coeficient 0,90.¹⁵ Aplicant-hi el mateix llindar del barem oficial, es considera dependent la persona que obté una puntuació de 25 punts o més.¹⁶ En el cas de les persones amb algun problema mental, s'aplica una segona valoració en què s'afegeix una activitat més, representativa de la capacitat de presa de decisions, i s'altera el sistema de ponderacions, per elegir finalment, tal com estableix el barem oficial, la puntuació més alta de les dues resultants per a aquesta persona. A més a més de les limitacions inherents al procediment de càlcul, que es basa en les dificultats autopercebudes en una llista de tasques menys detallada que la del barem oficial, cal tenir en compte que, per definició, en queden excloses les persones grans que viuen en residències,¹⁷ ja que no formen part de l'univers mostral de les enquestes de salut. Aquesta població, però, ha de ser tinguda en compte tant com sigui possible a l'hora de calcular els indicadors de cobertura.

Taula 1. Activitats de la vida diària que s'utilitzen per avaluar la dependència: barem de valoració de la dependència oficial i variables de les enquestes de salut

Barem de valoració oficial	Variables de les enquestes de salut	PUNTS	
		B1	B2
<p>Menjar i beure: Reconèixer els aliments servits i atansar-se'ls, tallar el menjar en trossos, fer servir els coberts, acostar la beguda a la boca.</p>	Alimentar-se	16,8	10
<p>Higiene personal relacionada amb la micció i la defecació: Anar al lloc adequat, manipular la roba, adoptar la postura, netejar-se.</p>	Anar al lavabo	14,8	7
<p>Rentar-se: Obrir i tancar aixetes, rentar-se les mans, accedir a la banyera o a la dutxa, rentar-se la part superior/inferior del cos.</p>	Dutxar-se o banyar-se	8,8	8
<p>Altres activitats de cura personal: Pentinar-se, tallar-se les ungles, rentar-se el cap, rentar-se les dents.</p>	Fer servir el telèfon (<i>proxy</i>)	2,9	2
<p>Vestir-se: Reconèixer la roba i el calçat i arribar-hi, cordar-se, vestir-se la part superior/inferior del cos.</p>	Vestir-se i desvestir-se	11,9	11,6
<p>Manteniment de la salut: Demandar assistència, aplicar-se mesures terapèutiques, evitar situacions de risc dins i fora del domicili, demandar ajuda davant d'una urgència.</p>	Prendre els medicaments	2,9	11
<p>Canviar i mantenir la posició del cos: Canviar d'estar ajagut a assegut, romandre assegut, canviar d'estar assegut a estar dret, romandre dret, canviar a estar assegut, canviar la posició del cos mentre està ajagut.</p>	Seure, aixecar-se d'una cadira o d'un llit, jeure	9,4	2
<p>Desplaçar-se dins la casa: Fer desplaçaments per vestir-se, menjar o rentar-se, fer desplaçaments no vinculats a la cura d'un mateix, fer desplaçaments entre estances no comunes, accedir a totes les estances comunes de la casa.</p>	Caminar 500 metres ense ajuda	12,3	12,1
<p>Desplaçar-se fora de casa: Accedir a l'exterior, desplaçar-se al voltant de l'edifici, desplaçaments pròxims en entorns coneguts/desconeguts, desplaçaments llunyans en entorns coneguts/desconeguts.</p>	Pujar o baixar 12 esglaons*	12,2	12,9
<p>Fer feines de casa: Preparar els àpats, anar a comprar, netejar la casa i tenir-ne cura, rentar la roba i tenir-ne cura.</p>	Preparar el menjar. Anar a comprar. Fer feines de casa lleugeres	8	8
<p>Prendre decisions: Decidir sobre l'alimentació quotidiana, els hàbits d'higiene personal, planificar els desplaçaments fora de casa, decidir les relacions amb persones conegudes/desconegudes, gestionar els diners del pressupost quotidià, disposar el seu temps i les activitats quotidianes, resoldre l'ús de serveis a disposició del públic.</p>	Administrar els seus diners	-	15,4

Notes: B1: punts assignats en el cas general. B2: barem alternatiu si hi ha un problema mental. *El 2009: pujar o baixar un tram d'escales sense bastó, barana o altres ajudes.

Font: elaboració pròpia a partir de la normativa reguladora del barem de valoració de la dependència (RD 174/2011, d'11 de febrer) i de les enquestes de salut EESE-2009, EESE-2014 i ENS-2017.

Per a les comparacions internacionals, hem fet servir com a aproximació l'indicador de limitació global de l'activitat (GALI) explicat al primer repte, fàcilment disponible per a tots els països i anys gràcies a l'EU-SILC. En aquest sentit, la demanda d'atenció de llarga durada entre la població major de 65 anys als diversos països s'aproxima mitjançant el percentatge d'entrevistats que declaren haver experimentat limitacions greus per fer les tasques de la vida quotidiana durant almenys els últims sis mesos, a causa de problemes de salut.

El quart indicador, el **dèficit de cobertura de les persones grans dependents**, mostra el percentatge de majors de 65 anys amb necessitat estimada d'atenció que no reben atenció del Sistema d'Atenció a la Dependència (perquè no l'han demanada, se'ls ha denegat, es troben en llista d'espera, etc.). Per calcular aquest indicador es té en compte, d'una banda, el nombre de persones grans dependents que són beneficiàries de les prestacions del SAAD el 31 de desembre de cada any. D'altra banda, el nombre estimat de persones grans dependents a partir de les dades de les enquestes de salut, al qual s'afegeix la xifra de persones grans dependents que reben atenció residencial¹⁸ (no incloses en l'univers mostral de les enquestes de salut, però sí en la xifra de beneficiaris atesos pel SAAD). La diferència entre totes dues xifres proporciona una estimació de la demanda d'atenció no coberta (dèficit de cobertura) entre les persones grans. L'indicador s'expressa en forma de percentatge.

Finalment, l'indicador del **dèficit de professionalització de l'atenció** recull quin percentatge de les prestacions concedides pel SAAD van consistir en ajudes per a l'atenció en l'entorn familiar, una forma d'atenció no professional concebuda, en principi, perquè s'utilitzi només de manera excepcional,¹⁹ però d'ús relativament freqüent, sobretot en algunes comunitats autònomes, al llarg de tot el període d'implantació del sistema. Aquesta forma d'atenció representa una ajuda econòmica al cuidador, amb una quantitat màxima (a la qual s'arriba només en cas que manquin recursos superiors a l'IPREM i no es percebin altres ajudes de naturalesa anàloga, com poden ser el complement de gran invalidesa, el complement per fill a càrrec o el complement de necessitat d'una tercera persona) de 153 euros mensuals per als que atenen dependents moderats, 268,79 euros en el cas de dependents severos i 387,64 euros per als cuidadors de persones en situació

de gran dependència. La font per a aquest indicador és l'estadística del SISAAD, amb informes mensuals que recullen el nombre i la distribució de les prestacions entre els sis tipus vigents: prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia, teleassistència, atenció residencial, centre de dia, prestació econòmica per atenció en l'entorn familiar, prestació econòmica vinculada a un servei, i prestació econòmica per a assistència personal.

NOTAS

1. El 2009 les microdades de l'Enquesta europea de salut per a Espanya no inclouen la dada d'hipercolesterolèmia.
2. Global Activity Limitation Indicator.
3. L'Enquesta europea de salut a Espanya inclou també la severitat de la simptomatologia depressiva amb el qüestionari PHQ-8. Aquest és un qüestionari de vuit ítems basat en els criteris de depressió del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), dissenyat per fer un seguiment de la prevalença de quadres depressius actius i la severitat de la simptomatologia depressiva en la població. No obstant això, es refereix només a la depressió i només hi ha dades disponibles per al 2014.
4. Aquestes limitacions es desenvolupen més detalladament a EXPH (2017:20-23).
5. Les enquestes de salut del 2014 i el 2017 investiguen les necessitats no cobertes en matèria de salut amb dues preguntes més: una sobre les dificultats relacionades amb el transport o la distància i una altra amb la renúncia, per motius econòmics, a rebre diversos tipus d'atenció sanitària (atenció mèdica general, atenció dental, adquisició de medicaments receptats i atenció de salut mental). Tenint en compte la diversitat de tipus d'atenció considerats, les respostes recullen també l'opció de no haver necessitat el servei durant l'any previ. Malauradament, aquestes preguntes no s'inclouen amb el mateix format en enquestes anteriors. Les del 2006 i 2011-2012 van investigar la inaccessibilitat amb una pregunta quasi idèntica a la que constitueix el nostre primer indicador. L'enquesta de salut del 2009 va substituir la pregunta anterior per dues de semblants, però referides per separat a l'atenció hospitalària i a les visites a l'especialista.
6. Aquesta és, per exemple, la definició escollida en el marc de l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible elaborada per les Nacions Unides (2018: 5). Segons que recull l'informe publicat el 2018, gairebé el 12% de la població mundial va gastar almenys una desena part del pressupost de la llar per pagar els serveis de salut el 2010, una xifra superior a la registrada l'any 2000.
7. Vegeu, per exemple, Cylus *et al.* (2018).
8. Aquesta és la metodologia que fan servir més sovint els estudis revisats per Wagstaff *et al.* (2018).
9. Thomson *et al.* (2016) expliquen aquesta metodologia detalladament. A OCDE/UE (2018: 172-173) hi ha resultats comparatius per a un grup de països, entre els quals no figura Espanya, no inclosa a la llista de països en què es fa l'estudi.
10. En els informes de països europeus publicats fins ara amb aquesta metodologia hom tendeix a excloure el lloguer imputat a causa dels diferents procediments de càlcul que es fan servir en uns casos i els altres, com també per la inexistència de dades en alguns països. Per resoldre el problema de la comparabilitat entre diferents règims de tinença, la cistella bàsica varia segons aquests règims, i inclou el menjar, l'energia i el lloguer a les llars arrendatàries, i només el menjar i l'energia a les propietàries. Vegeu, per exemple, Cooke *et al.* (2018).
11. La proposta de l'OMS suggereix utilitzar l'escala original de l'OCDE, que pondera més les necessitats dels membres addicionals de la llar, però hem considerat preferible mantenir l'escala d'Eurostat per motius tant teòrics com pràctics i de coherència amb altres parts de l'informe.
12. Aquesta situació millorarà quan es publiquin els resultats de la nova Enquesta de discapacitat i dependència, amb informació detallada per a tota la població.
13. El 2014 i el 2017 hi ha una pregunta general sobre la disponibilitat o no d'ajuda. El 2009 es pregunta de manera separada sobre l'assistència personal, l'ajuda tècnica i les adaptacions de l'habitatge. Hem tingut en compte els dos primers conceptes, però no el tercer, per construir l'indicador de l'any 2009.
14. És el cas de les dificultats per dur a terme altres activitats d'atenció personal, en què fem la variable «fer servir el telèfon», i les variables relacionades amb els desplaçaments tant dins com fora de la llar, en què utilitzem, respectivament, la informació sobre les dificultats per caminar 500 metres i per pujar o baixar 12 esglaons.
15. El coeficient 0,90 s'aplica si hi ha una necessitat de supervisió o substitució física parcial. S'assigna 0,95 si cal una substitució màxima o total, i 1,00 si hi concorren circumstàncies agreujants que requereixen un suport especial (per exemple, obesitat mòrbida).
16. En la valoració oficial, cada activitat consta d'una sèrie de tasques senzilles que s'avaluen per separat i contribueixen en diferents proporcions a la puntuació global. D'altra banda, els punts totals assignats a cada activitat es multipliquen, al seu torn, pel coeficient de suport (entre 0,90 i 1,00). El resultat global de la valoració és una quantitat de punts que pot variar entre 0 i 100, i el llindar d'entrada al sistema es fixa en 25 punts. Entre 25 i 49 punts es reconeix una dependència moderada, entre 50 i 74 una dependència severa, i a partir de 75 punts es considera gran dependència.
17. Segons les dades de l'últim Informe sobre les persones grans a Espanya publicat per l'Imerso, corresponent al 2016, el 31 de desembre del 2015 hi havia un total de 5.387 centres que oferien 372.306 places, on eren ateses 297.220 persones majors de 65 anys (Fernández Muñoz, 2017: 327). A més a més, es tenia constància de 4.545 persones grans ateses als 586 habitatges registrats per a persones grans. D'altra banda, l'informe de la Comissió per a l'Anàlisi de la Situació del Sistema de Dependència (2017) assenyalava que al final del 2016 hi havia 113.039 persones dependents majors de 65 anys que rebien atenció residencial en el marc del SAAD, si bé la xifra real pot ser una mica més alta a causa de l'existència de prestacions vinculades de què es desconeix l'ajuda que cobreixen (en total hi havia 81.244 prestacions d'aquesta mena, associades a serveis d'ajuda domiciliària, centre de dia o atenció residencial).
18. En realitat, el nombre de prestacions d'atenció residencial concedides pel SAAD a persones majors de 65 anys (i per als subgrups de 65-79 anys i majors de 80 anys) només és disponible per a l'any 2016, gràcies a l'informe de la Comissió per a l'Anàlisi de la Situació del Sistema de Dependència (2017). Les estadístiques del SISAAD informen cada any del nombre de prestacions de cada tipus, però no de com es desglossen segons l'edat dels beneficiaris. Per estimar la part de les prestacions a les persones grans corresponents a altres anys, hem suposat que, com l'any 2017, el 75% aproximadament de les prestacions d'atenció residencial es concedeixen a persones majors de 65 anys.
19. Aquesta excepcionalitat queda clarament recollida a l'article 14.4 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que diu: «Amb caràcter excepcional, el beneficiari pot rebre una prestació econòmica per ser atès per cuidadors no professionals, sempre que es donin condicions adequades de convivència i d'habitabilitat de l'habitatge i així ho estableixi el seu Programa Individual d'Atenció».

BIBLIOGRAFÍA

BAETEN, R., S. SPASOVA, B. VANHERCKE i S. COSTER (2018): *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), Brusel·les: European Commission.

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.

COOKE O'DOWD, N., S. KUMPUNEN i H. HOLDER (2018): *Can people afford for health care? New evidence on financial protection in the United Kingdom*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

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

EUROPEAN COMMISSION (2018): *The 2018 ageing report: economic and budgetary projections for the 28 EU member states (2016-2070)*, Institutional Paper 079, Luxemburg: Publications Office of the European Union.

EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health) (2017): *Opinion on benchmarking access to healthcare in the EU*, Brusel·les: European Commission, 2017.

FARMER, C., E. FENU, N. O'FLYNN i B. GUTHRIE (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», nota de prensa, 19 de desembre de 2018, Madrid: INE.

MARTÍNEZ, R., S. ROLDÁN i M. SASTRE (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.

NACIONES UNIDAS (2018): *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018*, Nova York: Naciones Unidas.

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

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

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

THOMSON, S., T. EVETOVITS, J. CYLUS i M. JAKAB (2016): «Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe», *Public Health Panorama*, 2(3).

WAGSTAFF, A., G. FLORES, J. HSU, M.F. SMITZ, K. CHEPYNOGA, L.R. BUISMAN, K. VAN WILGENBURG i P. EOZENOU (2018): «Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study», *The Lancet Global Health*, 6(2).

WATERHOUSE, J.A.H., C.S. MUIR, P. CORREA i J. POWELL (eds.) (1976): *Cancer incidence in five continents*, IARC Scientific Publications, vol. III, núm. 15, Lió: IAR.

