

REVISTA PRISMA SOCIAL N° 32

INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE POLÍTICAS DEL CUIDADO Y LA DEPENDENCIA EN EUROPA E IBEROAMÉRICA

1^{ER} TRIMESTRE, ENERO 2021 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 167-195

RECIBIDO: 30/10/2020 – ACEPTADO: 26/12/2020

EL MODELO ESPAÑOL DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN ANTE EL DESAFÍO DE LA DESIGUALDAD

EL RETO DE GARANTIZAR APOYOS
ADECUADOS PARA LA POBLACIÓN
DEPENDIENTE MÁS VULNERABLE

CHALLENGING INEQUALITY THROUGH THE
SPANISH LONG-TERM CARE MODEL

THE GOAL TO GUARANTEE ADEQUATE SUPPORT FOR
THE MOST VULNERABLE POPULATION

VÍCTOR SÁNCHEZ SALMERÓN / VICTOR.SANCHEZ@UNAVARRA.ES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE
NAVARRA, PAMPLONA-IRUÑA, ESPAÑA

BEGOÑA PÉREZ ERANSUS / BEGONIA.PEREZ@UNAVARRA.ES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE
NAVARRA, PAMPLONA-IRUÑA, ESPAÑA

LUCÍA MARTÍNEZ VIRTO / LUCIA.MARTINEZ@UNAVARRA.ES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE
NAVARRA, PAMPLONA-IRUÑA, ESPAÑA



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

En España, al igual que en la mayoría de los países de nuestro entorno, los cambios socioeconómicos y demográficos han implicado importantes retos para el sistema de cuidados, entre ellos proveer de cuidados suficientes a los sectores de población con menos recursos económicos, si bien esta cuestión ha ocupado un lugar secundario en el análisis de los modelos de cuidados de larga duración.

En este artículo se analiza la desigualdad de oportunidades que experimentan las personas mayores en situación de dependencia cuando tratan de acceder a cuidados formales e informales en sus domicilios en función de su nivel de ingresos. Esta misma perspectiva se aplica a otros países de su entorno para comparar con el escenario internacional la capacidad del modelo español de cuidados para apoyar a los sectores de población con menos recursos. Para ello se emplea la última oleada de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) con datos del año 2017.

Los resultados muestran que el modelo español tiene una escasa capacidad para proveer de apoyos a las personas mayores con necesidades de cuidados, independientemente de su nivel de ingresos. Sin embargo, es la población con recursos medio-bajos la que experimenta mayores problemas de accesibilidad a los cuidados formales. Esto es fundamentalmente resultado del diseño institucional del modelo de cuidados, muy focalizado en la atención de la población con menos recursos, y altamente mercantilizado para el resto. Todo apunta a que para superar estas limitaciones no solo es necesario avanzar en la defamiliarización de los cuidados o desarrollar más servicios de atención a domicilio, sino también incorporar a un mayor número de actores comunitarios en la atención de la población en situación de dependencia.

PALABRAS CLAVE

Dependencia; cuidados de larga duración; autonomía; pobreza; atención domiciliaria.

ABSTRACT

In Spain, as in most of the neighboring countries, socioeconomic and demographic changes have implied significant challenges for the care system. Providing sufficient support to the population with fewer economic resources has been one of these challenges, although this issue has occupied a secondary place in the analysis of long-term care models.

This article analyzes the inequalities experienced by elderly people in a situation of dependency when they try to access formal and informal at home care based on their income level. This same perspective is applied to nearby countries to compare the capacity of the Spanish care model to support population with fewer resources in the international scenario. The analysis will be supported by the latest Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) with data from the year 2017.

The results show that the Spanish model has a low capacity to provide support to older people with care needs, regardless of their income level. However, it is the population with medium-low resources that experiences the greatest accessibility issues to formal care. This is fundamentally the result of the institutional design of the care model, highly focused on the population with fewer resources, and highly commercialized for the rest. Everything indicates that to overcome these limitations it is not only necessary to advance in the defamiliarization of care services and at homecare, but also to incorporate a greater number of community stakeholders in the attention of dependent population.

KEYWORDS

Dependency; long-term care; autonomy; poverty; home care.

1. INTRODUCCIÓN

Desde principios de la década de los 2000, la Unión Europea y otros organismos internacionales como la OCDE han venido recomendando a los distintos países miembros avanzar en la atención de las necesidades de cuidado de la población, especialmente la de edad más avanzada (Consejo y Comisión Europea, 2003; OCDE, 2018). Si bien el componente demográfico ha motivado este creciente interés por los cuidados de larga duración (CLD en adelante), principalmente como consecuencia del envejecimiento poblacional iniciado en la mayoría de los países décadas atrás, también este desafío resulta clave debido a los cambios que han experimentado los modelos de organización familiar, por un lado, y a la progresiva incorporación de las mujeres al empleo por otro. Ambos fenómenos conllevan una notable reducción de la capacidad de cuidado de los hogares, lo que no ha hecho sino presionar al resto de actores públicos y privados para asumir nuevas responsabilidades en la materia.

La puesta en el centro de la agenda social y política de los CLD ha dado mayor visibilidad a otras cuestiones estrechamente vinculadas con estos. Así, en primer lugar, se ha hecho más notorio si cabe el desigual reparto de las necesidades de cuidados y de las privaciones en materia de salud entre los distintos estratos y grupos de población. En segundo lugar, se ha puesto de manifiesto la disparidad en las respuestas adoptadas para prevenir su aparición y paliar su impacto en los distintos países, no siempre acordes con el volumen ni intensidad de las necesidades experimentadas en los mismos. En tercer lugar, se ha prestado más atención a la capacidad de los modelos de cuidado para proveer de apoyos a los sectores de la población económicamente más vulnerables, habida cuenta de que en la mayoría de estos los niveles de cobertura públicos son limitados, y buena parte de las atenciones se reciben o complementan desde el mercado privado, por lo general, poco accesible para los hogares con ingresos más ajustados.

Con respecto a la primera de estas cuestiones, cabe subrayar que la capacidad para afrontar la vejez con buena salud y de manera activa está sujeta también a factores distintos a los biológicos o genéticos. Las características personales como la edad, el sexo o los factores hereditarios influyen en el estado de salud y en los procesos de envejecimiento, pero también lo hacen otras circunstancias o determinantes ambientales y sociales (Huisman, *et al.*, 2003). Tal y como sostienen Benach y Muntaner (2010), las situaciones de desventaja experimentadas a lo largo de las trayectorias vitales (como los bajos ingresos familiares, la pobreza, el desempleo, las malas condiciones laborales y de vivienda, etc.) acaban por generar una doble discriminación: reducen los años de vida de quienes las padecen, e impactan negativamente en su estado de salud durante las últimas etapas de la vida.

Existen múltiples evidencias que presentan patrones de envejecimiento y dependencia muy diversos en función, entre otras cuestiones, del nivel de estudios o la trayectoria laboral de las personas. Sin ir más lejos, según las propias estadísticas sobre mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2019, si la esperanza de vida a los 65 años era de 21,1 años de media, esta se reducía a 20,9 años para las personas con educación primaria y ascendía hasta los 22,1 años para las personas con niveles educativos superiores (INE, 2019a). También Martín *et al.* (2019) observaban un incremento de 2,2 años en la esperanza de vida en el caso de los hombres de estudios secundarios con respecto a los que solo había cursado estudios pri-

marios. Esta misma diferencia en el caso de las mujeres era de 4,3 años. Weneau *et al.* (2019) detectaron en Alemania una esperanza de vida de hasta cinco años menos en pensionistas con pensiones bajas con respecto a aquellos con pensiones más altas. Ya en términos geográficos, en el último estudio sobre Indicadores Urbanos del INE (2019b), la diferencia en la esperanza de vida es de seis años entre el municipio más rico de España (Pozuelo de Alarcón, Madrid) y el más pobre (La línea de la concepción, Cádiz).

No cabe duda de que experiencias vitales marcadas por la desigualdad económica y social producen también desigualdades en el nivel de necesidades de CLD entre la población de mayor edad. La más reciente Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) concluía que en 2017 seguía existiendo un claro gradiente por clase social en la presencia de limitaciones para las actividades básicas de la vida cotidiana. Mientras un 28,1 % de la población de clase más baja mayor de 65 años mostraba alguna dificultad para realizar este tipo de actividades, solo ocurría en un 8,7 % de los casos entre la clase más alta¹ (MSCBS, 2018).

Como se adelantaba anteriormente, es posible reconocer la existencia de distintos modelos de cuidados de larga duración en Europa. Aún así, la mayoría de ellos tienen en común que no han podido lograr el nivel de desarrollo alcanzado por otros ámbitos más tradicionales y consolidados de la política social como los de salud, educación o pensiones. La prevención y atención a la dependencia se impulsó en un contexto social y político muy diferente al que existía cuando se fraguaron antedichos sistemas de protección. A partir de los años ochenta se estaba dando el paso hacia a una economía más globalizada, y existía una mayor fragmentación en el seno de las fuerzas sociales que dieron lugar a los estados de bienestar europeos. Ya en los años noventa, la extensión de las políticas públicas de atención a la dependencia ha estado subordinada a la capacidad de los actores políticos por tejer alianzas en defensa de la cobertura pública en un complejo momento de aumento de las necesidades y de cuestionamiento del gasto social.

Según identifican Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego (2013), los países nórdicos, en los que las alianzas a favor de la cobertura pública de esta necesidad son más fuertes, han promovido modelos de atención a la dependencia caracterizados por la provisión de servicios de carácter universal organizados a escala local. En los países continentales, los actores del mundo del trabajo han pactado la inclusión de la dependencia como una contingencia más dentro de la protección contributiva de la seguridad social. En este modelo el Estado complementa de manera asistencial la atención de quién queda fuera del sistema. En el modelo liberal, anglosajón, se ha forjado un sistema de carácter universal, articulado a nivel local. Por último, el modelo mediterráneo, en el que se incardina el caso español, se caracteriza por tratarse de un modelo asistencial de prestaciones y servicios pagados con impuestos.

El diseño institucional de los sistemas de CLD sin duda dan lugar a distintos resultados en términos de impacto, nivel de cobertura y calidad de la atención. Estudios como el de Albertini y Pavolini (2015) señalan por ejemplo que los sistemas basados en la provisión de servicios directos no solo garantizan una mayor cobertura en materia de CLD que los sistemas que priorizan el

¹ La encuesta de MSCBS diferencia en seis grupos de clase diferentes, siendo los resultados para estas: Clase I (más alta): 8,7 %; II: 13,2 %; III: 14,7 %; IV: 17,2 %; V: 22,5 %; VI: 28,1 %.

acceso mediante prestaciones económicas (*cash-for-care*) sino que, además, estos asegurarían que el acceso esté igualmente distribuido entre los distintos estratos de ingresos.

Pero el acceso a los sistemas de CLD no varía sólo entre países, sino que también entre estratos socioeconómicos de la población dentro de cada país, incluso cuando personas de distinto estatus económico experimentan situaciones de dependencia similares (Ilinca *et al.*, 2017; Srakar *et al.*, 2015). Siendo así, la mayoría de los sistemas de CLD estarían todavía lejos de ser equitativos, lo que invita a buscar los factores que operan en contra de este principio. Adicionalmente, en muchas ocasiones que las personas que necesitan CLD sufren con mayor frecuencia privación material que quienes no requieren de este tipo de cuidados. Así se deduce de estudios como el VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (2019), donde se subrayaba recientemente que la relación entre salud/dependencia y exclusión social es bidireccional. Las dificultades económicas para acceder a medicamentos o a una alimentación saludable, y los obstáculos para acceder a los servicios sanitarios están vinculadas con un mayor deterioro de la salud. En sentido contrario, encontrarse en una situación de pobreza o exclusión social puede tener su origen en la aparición de problemas de salud, padecer alguna discapacidad, o en el desarrollo de determinadas enfermedades (FOESSA, 2019). También por cuestiones como estas, se torna importante conocer la capacidad de los sistemas de cuidados para atender a la población más vulnerable, para prevenir situaciones de desatención que puedan impactar negativamente en sus ya dificultosas condiciones de vida y en su estado de salud y situación de dependencia.

El artículo se organiza como sigue. En primer lugar, se describe el modelo de CLD en España, recogiendo los principales hitos en evolución más reciente, así como algunas de las limitaciones ya conocidas y presentadas en la literatura al uso. A continuación, se enuncian algunos de los principales retos del modelo en relación con otros países de su entorno. En tercer lugar, después de presentar la metodología, se exponen los resultados que emanan del análisis de la encuesta SHARE sobre población mayor y envejecimiento, entendiendo esta como una herramienta analítica que puede ayudar a pulsar el impacto del modelo que nos ocupa en términos comparativos y desde una perspectiva de estratificación. Ya en la parte final se enuncian las principales conclusiones y se discuten algunas cuestiones sobre las que sería interesante avanzar para lograr un modelo más equitativo.

1.1. EL MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA

Aunque con tiempos distintos y modelos de extensión y cobertura poco comparables, los modelos de provisión de CLD en Europa tienen algunos elementos comunes. El primero de ellos es que ningún modelo implica una desfamiliarización completa de los cuidados, sino que todos ellos, en distinto grado, atribuyen a las redes familiares un papel central en la organización y prestación de los cuidados, cuando no en la cofinanciación de los servicios. La segunda característica común es que todos cuentan con modelos de gestión mixta. Los actores tradicionalmente involucrados en la gestión y provisión de los cuidados —principalmente las redes familiares, el sistema público, el sector privado-mercantil, y las organizaciones comunitarias y del tercer sector— desarrollan estrategias de complementariedad en la atención (Martínez-Buján, 2009). Ya en el tiempo más reciente, especialmente tras la crisis financiera de la pasada década, ha sido también común la implementación de fórmulas de mercantilización, caracterizadas por

una mayor participación de actores privados, la segmentación de la población a partir de la capacidad de copago, y una reasistencialización de la atención hacia colectivos más dependientes (Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego, 2013). Esta tendencia, si bien es más intensa en unos países que en otros, está presente en buena parte de los modelos de cuidados de nuestro entorno, incluso en los países de norte de Europa (Huber et al, 2009).

Claro que, a pesar de estas características compartidas, las manifiestas diferencias interterritoriales en la provisión y organización de los sistemas de cuidados de larga duración han llevado a delimitar distintos modelos de atención en Europa (Rodríguez Castedo *et al.*, 2004; Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego, 2013). Estas diferencias vienen no sólo marcadas por los diversos niveles de inversión sobre el PIB en cada estado o el papel de los actores —como se expuso previamente—, sino que también por la apuesta por distintos modelos de provisión, financiación y de elegibilidad para acceder a los cuidados formales. En el caso particular de España, hasta los años ochenta la atención pública a las situaciones de dependencia se basaba principalmente en la provisión de algunos complementos de pensiones para los casos de gran invalidez. Posteriormente, a partir de los años 90, las comunidades autónomas mediante sus sistemas de Servicios Sociales comenzaron a desarrollar algunos servicios de carácter asistencial para personas especialmente vulnerables, bien por razones económicas bien por aislamiento y ausencia de redes de cuidado informales (ver, por ejemplo, Aguilar-Hendrickson *et al.*, 2002).

Uno de los primeros hitos normativos en la atención a la dependencia fue el Plan Gerontológico de 1992, a través del cual esta se incorporó a la agenda política, gracias al impulso del tejido asociativo, representativo y también profesional vinculado a la atención de los cuidados sociosanitarios (Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego, 2013). Tanto este Plan como el posterior Libro blanco de la Dependencia (2004) iniciaron la senda de desarrollo del modelo de atención a los cuidados en España, e impulsaron un intenso debate sobre el modelo de cuidados a desarrollar, aunque existía un amplio acuerdo en torno a la necesidad de generar un espacio de intensa coordinación sociosanitaria. No cabe duda de que la posterior Ley 15/2006 de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD en adelante) supuso un avance ineludible en términos de derechos y de asunción de responsabilidades de lo público en la atención de este riesgo social.

La filosofía de la LAPAD ambicionada un modelo de atención universal, descentralizado, basado en la provisión de recursos —con menor protagonismo de las prestaciones económicas— y que ofreciera a las mujeres y las familias el reconocimiento de su papel histórico en los cuidados. A pesar de sus buenos propósitos, definió insuficientemente dos aspectos que resultan claves para su implementación: la definición de responsabilidad entre las distintas administraciones y la dotación presupuestaria (Aguilar-Hendrickson, 2020). De un lado, al igual que en otros países del entorno como Italia, el modelo no ha sido capaz de asignar y distribuir responsabilidades de manera clara, lo que ha tenido importantes consecuencias en la atención de las personas usuarias y en la generación de modelos de atención profundamente desiguales entre territorios y regiones. Concretamente, en España, ha implicado la concentración de responsabilidades en los niveles más descentralizados sin alcanzar acuerdos institucionales que promuevan un modelo de atención menos fragmentado entre administraciones, pero también entre ámbitos de atención como el social y sanitario (Arlotti y Aguilar-Hendrickson, 2017). Por otro, España se encuentra lejos de los países del entorno en cuanto a niveles de inversión en CLD, así como en

la orientación de esta. Su dotación en puntos de PIB se sitúa por debajo de la media europea, y el modelo se ha caracterizado históricamente por priorizar la atención residencial de carácter privado y mercantil, a pesar de que la preferencia de la población mayor es la de residir en sus propios hogares y recibir atención a domicilio (Díaz-Veiga y Sancho, 2013), y del potencial preventivo de estos cuidados contra la aparición de situaciones de dependencia.

En este escenario, han primado las prestaciones económicas para el cuidado frente a la provisión de servicios debido a su menor coste presupuestario y su mayor facilidad de gestión (Montserrat, 2013). Uno de los primeros resultados de la ley fue el incremento de transferencias económicas a las familias para enfrentar los cuidados con servicios informales o con recursos privados ofertados en el mercado (Martínez Virto, 2009). En cierta medida, ello implicó una fuerte mercantilización de la atención que, aunque con falta de mano de obra autónoma suficiente, contó con la complicidad del modelo migratorio (Martínez-Buján, 2009). De igual modo, tal y como describe Aguilar-Hendrickson (2014), los servicios públicos, tanto de atención domiciliaria como residenciales, comportan copago en función de la renta, si bien a partir de un umbral muy bajo son gratuitos. No así para el resto de las rentas, en las que el coste lleva a muchas familias a optar por la prestación económica. De este modo, la prestación económica para cuidados dentro del seno familiar, que nació con vocación de ser utilizada de manera minoritaria, alcanzaba en 2013 a más del 40% de las personas beneficiarias de ayuda de la dependencia. El fuerte peso de la economía sumergida de cuidados en el sistema o la sobrecarga de cuidadoras familiares, son algunas de las consecuencias de este modelo de atención. Esta tendencia se vio incrementada fuertemente entre los años 2012 y 2014 cuando las medidas de austeridad implementadas en julio de 2012 implicaron no solo una fuerte restricción del gasto, sino la propia incorporación de incompatibilidades entre las prestaciones económicas o de servicio (Montserrat, 2014).

Por lo general, las competencias en materia de bienestar social recaen sobre las comunidades autónomas, quienes regulan las normativas al uso y gestionan y financian los programas sociales en ámbitos como los de la lucha contra la exclusión social o la atención a la infancia. En cambio, la Ley de Dependencia tiene carácter estatal, y la responsabilidad en la financiación es compartida entre las administraciones central y autonómicas, lo que supuso un hito importante en la gestión del bienestar en el país. A pesar de ello, el desarrollo de la ley en las distintas comunidades autónomas ha sido desigual, dando lugar a diversos modelos de gestión de los cuidados.

Estas diferencias territoriales siguen presentes hoy en día, y pueden verse reflejadas en indicadores tanto vinculados con el tiempo de resolución de expedientes como en los niveles de cobertura. Según el observatorio estatal de la dependencia de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2020) el tiempo medio de resolución de valoraciones en España es de 426 días, aunque la diferencia entre algunos territorios es de hasta cuatro veces más. Mientras en Euskadi es de 137 días, en Navarra es de 155 y en Castilla León de 199. En territorios como Extremadura, Andalucía o Cataluña alcanzan los 675, 621 o 576 días respectivamente. Según datos del IMSERSO (2019), la tasa de personas beneficiarias (por 1.000) de prestaciones y servicios para personas en situación de dependencia media es de 23,71 personas. Sin embargo, territorios como Castilla León duplican esta cobertura con una tasa de 43,66 per-

sonas por cada mil, mientras que Castilla La Mancha y Euskadi se sitúan en 30 personas por cada mil. A la cola se encuentran territorios como Canarias, Ceuta y Melilla o la Comunidad Valenciana, con 10,66, 16,97 y 17,64 respectivamente.

El sistema presenta fuertes diferencias entre los distintos territorios de España, pero en conjunto, tras casi 15 años de LAPAD, la atención a los cuidados en España no ha logrado alcanzar el horizonte que se marcó la propia ley, manteniendo un sistema de gestión y provisión fragmentado entre administraciones, y con fuertes limitaciones para dotar de intensidad de cuidados suficientes a un volumen muy significativo de personas. Acceder a estos mediante el mercado privado de cuidados ha sido una estrategia muy recurrente, sobre todo, en el ámbito de la economía informal, a costa de las condiciones laborales y de vida de las cuidadoras. Previsiblemente tampoco esto último ha terminado por suplir las necesidades de los hogares dependientes con menos recursos. El modelo de CLD en el país ha carecido de potencial inclusivo, ya que ni ha supuesto una clara expansión dispositivos de atención desde el entorno más inmediato (como los Servicios de Ayuda a Domicilio), ni ha respondido eficazmente a las desiguales capacidades de acceso a los cuidados de los hogares e individuos. A este punto se llega además con la necesidad de afrontar importantes retos.

1.2. NUEVOS ESCENARIOS Y TENDENCIAS EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

No cabe duda de que la atención y gestión de los CLD es en las últimas décadas una cuestión de máximo interés para las políticas sociales. Las rápidas transformaciones acontecidas implican un escenario cambiante con respecto al tiempo en que nacieron buena parte de los modelos de cuidados. Algunos de los retos que estos afrontan en la actualidad —y en particular el modelo español— están relacionados con la transición demográfica, la búsqueda de una mejor gobernanza territorial, la adopción de un enfoque de envejecimiento activo, o la creación de empleo de calidad vinculado a los cuidados.

Así, en primer lugar, resulta evidente que el aumento de la población envejecida en las próximas décadas va a seguir presionando la demanda de cuidados de larga duración, por lo que se precisa de la expansión de los sistemas de prevención y atención de la dependencia. De igual modo, la constatación de que las personas que sufren de exclusión social y privaciones son más propensas a tener necesidades de larga duración (Srakar *et al.*, 2015), motiva revisar la capacidad de los sistemas para proveer la necesaria atención a los sectores más vulnerables. A este respecto, no todos los países y modelos de cuidado afrontan estos retos con la misma intensidad ni desde las mismas posiciones de partida. Países como España —junto con otros países del sur de Europa—, conjugan niveles de atención bajos con un mayor volumen de demanda y tasas de vulnerabilidad (Laferrère y Bosch, 2015). En España las tendencias demográficas no solo apuntan a un incremento de la esperanza de vida, que se sitúa según el INE (2019c) de media en los 80,8 años para los hombres y en los 86,2 años para las mujeres, sino a una estructura social cada vez más envejecida. De hecho, esta tendencia demográfica ha sido más intensa en España que en otros países del entorno europeo que, si bien también presentan un incremento de la esperanza de vida, no han vivido un cambio tan intenso como el que se está produciendo en España. De hecho, la Oficina Europea de Estadística (2019) proyecta en los próximos 30 años para España un aumento del 13,2% de población mayor de 65 años y del 6,1% de po-

blación mayor de 80 años. Como resultado, en la ratio de dependencia en personas mayores superará en un 9,4% a la media europea.

Buena parte de la responsabilidad del incremento de la esperanza de vida en España debe a la extensión de unos sistemas públicos de salud universales y pensiones con amplio grado de cobertura. Como resultado no solo se constata un incremento del tiempo de vida, sino una mejora de las condiciones de vida en la vejez. En consecuencia, se derivan distintas de formas de envejecimiento donde descenden las atenciones hospitalarias de larga estancia, pero se incrementa la búsqueda de fórmulas de cuidado colaborativas o de envejecimiento activo (Carrillo *et al.*, 2010). Tras la edad de jubilación, parte del colectivo de personas mayores manifiesta necesidades vinculadas con la autonomía, la pertenencia a redes, la búsqueda de formas de ocio y relaciones sociales (Fernández y Ponce de León, 2013). Sus necesidades por tanto no se manifiestan solo en la necesidad de cuidados, sino en otras demandas vinculadas con el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia.

Esta realidad implica un cambio de perspectiva, superando la tradicional mirada del colectivo desde enfoques pasivos y dependientes hacia una visión de una vejez más activa, según la cual las personas también tomen parte en las decisiones sobre cómo ser cuidadas (Holstein, *et al.*, 2010). Todo ello implica, de manera inevitable, un cambio en la participación de las personas mayores tanto en la gestión como en la toma de decisiones sobre el presente y futuro del modelo, así como la creación de nuevos programas y recursos de carácter preventivo basados en lógicas de apoyo y acompañamiento durante las últimas etapas del ciclo vital (Roig y Hernández, 2020).

En este sentido, los países nórdicos no solo fueron pioneros en la búsqueda de modelos de atención de los cuidados en el entorno de las personas, sino percibiendo el propio envejecimiento como una oportunidad de empleo y crecimiento económico. Esta perspectiva de gestión de los cuidados, la autonomía de las personas y la atención en la dependencia como un motor económico está tomando fuerza en las recomendaciones europeas bajo el paraguas de la promoción de la denominada *silver economy* (Comisión Europea, 2018). Un nuevo paradigma que no solo buscaría mejorar la adecuación y eficiencia del sistema, sino que implica una nueva concepción del modelo de provisión que cada vez más reclama alianzas y formas de gobernanza colaborativas (Ferran *et al.*, 2019). Como señala Bennett, *et al.*, (2018) se requiere avanzar en una mayor coordinación entre los diferentes proveedores de cuidados, incluyendo el sector informar y los agentes comunitarios. En este sentido, también Aguilar-Hendrickson (2020) reconoce que los posibles acuerdos de gobernanza pueden ser el factor clave en el éxito o el fracaso de las reformas del sistema de cuidados en España.

Todavía, en el caso español, el modelo tiene una escasa capacidad para la generación de empleo en este sector, tal y como subraya Zalakain (2017). El empleo creado en España en este sector (6 %) está muy por debajo de la realidad de otros países europeos (un 8 % en Francia o un 12 % en países nórdicos, por ejemplo). Dentro de este volumen de empleo vinculado a los cuidados, más de la mitad es concebido como apoyo doméstico. La realidad es que bajo esta categoría de empleo doméstico se incluyen cuidados a personas mayores que en otros países se realizan de manera cualificada por proveedores de servicios residenciales o comunitarios, por lo que este nicho de empleo no solo está lejos en términos cuantitativos con

respecto a otros países, sino que también en términos cualitativos. Como consecuencia inmediata de ello, la mayor parte de la población en España recurre bien a la contratación de servicios residenciales de elevado precio, o bien a la adquisición de servicio doméstico en el domicilio en el contexto de la economía sumergida. Muchas familias se enfrentan a la contratación de cuidados con escaso criterio para valorar la necesidad de cuidado de sus allegados. La oferta disponible de cuidados en España dificulta la dispensación de cuidados en familias con bajos ingresos, incrementando su fragilidad y vulnerabilidad a la hora de cubrir los cuidados.

Por otro lado, menos habitual ha sido en cambio la preocupación por mejorar la capacidad de los sistemas para garantizar que las familias con menos ingresos reciban apoyos suficientes y adecuados. Ha sido sostenido con anterioridad que el debate sobre la sostenibilidad de los modelos de CLD también debe abordarse desde una dimensión de equidad, teniendo necesariamente que incorporar la perspectiva de las desigualdades a su análisis de impacto y cobertura (Chuliá, 2019). Avanzar en esta línea requiere ampliar el conocimiento sobre cómo se vinculan las desigualdades socioeconómicas con los distintos modelos, lo que es cometido de este trabajo. Resulta necesario evaluar la desigualdad en el uso de los CLD para identificar los posibles factores que la provocan, y en particular aquellos que tienen que ver con el diseño de las respuestas públicas. A la luz de lo señalado hasta ahora sobre el modelo de cuidados en España, esto es, el importante atribuido todavía a las familias en los cuidados, la escasa coordinación entre actores, el escaso nivel de inversión en términos comparativos y el infradesarrollo del empleo y los servicios vinculados con la atención doméstica, ocasionaría que la capacidad del mismo para atender con equidad a la población con necesidades de cuidados independientemente de su posición social y económica sea relativamente baja.

2. DISEÑO Y MÉTODO

En función de lo señalado, este artículo tiene como primer objetivo analizar la desigual prevalencia de las necesidades de cuidados de larga duración en el contexto internacional, poniendo especial atención a cómo operan estas entre la población con menos recursos económicos en perspectiva comparada. Por otro lado, analizar la desigualdad de oportunidades que experimentan las personas mayores en situación de dependencia cuando tratan de acceder a cuidados formales e informales en sus domicilios. Estas desigualdades se examinan en función de los ingresos de los hogares en los que residen, tratando de aproximar cómo varían los niveles de cobertura entre distintos estratos socioeconómicos, particularmente en España. Esta misma perspectiva se aplica a otros países de su entorno para comparar con el escenario internacional la capacidad del modelo español de CLD para apoyar a los sectores de población con menos recursos económicos.

Se ha partido de varias hipótesis que derivan de la literatura analizada y de la evolución reciente del sistema de cuidados en el país. Así, en primer lugar, se ha considerado que, en España, los sectores de población con bajos ingresos acceden en mayor proporción a los recursos formales de cuidados en el hogar que aquellos con ingresos intermedios, debido al carácter focalizado (*means-tested*) del sistema público de cuidados. Los sectores de población con recursos económicos elevados, por su parte, podrían estar accediendo a cuidados formales en mayor proporción que otros estratos inferiores en tanto disfrutaran de más capacidad para acceder a cui-

dados procedentes del mercado privado. En consecuencia, los apoyos informales —prestados por el entorno más próximo— podrían ser más frecuentes en los sectores con menos ingresos como estrategia para proveer de más intensidad de cuidado a estos hogares.

Una segunda hipótesis es que el sistema de cuidados de larga duración en España, a pesar del impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2006), tiene una menor capacidad que otros países de su entorno para proveer de apoyos a las personas con necesidades de cuidados, independientemente de su nivel de ingresos. Es esperable que todavía exista un volumen importante de necesidades de cuidados desatendidas en todos los niveles de ingresos, pero especialmente en aquellos hogares de ingresos intermedios, en tanto superan los criterios de elegibilidad del sistema de cuidados público y no tienen la suficiente capacidad económica para acceder a los mismos a través del mercado privado. De este modo, el sistema de CLD en España se distancia del de aquellos países más avanzados en materia de protección de su entorno, donde los sistemas de cuidados de carácter universal podrían resultar más favorables para los intereses de los sectores con menos recursos.

Para cumplir con antedicho objetivo y contrastar las hipótesis planteadas se ha llevado a cabo un análisis de corte descriptivo empleando para ello la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE, por sus siglas en inglés). La encuesta, destinada a población mayor de 50 años, y de carácter internacional, recaba información sobre 27 países europeos (e Israel). Adopta también una perspectiva longitudinal, y recopila datos vinculados con la salud física y psíquica, la situación socioeconómica de los hogares, o el apoyo social recibido por las personas encuestadas. Ha sido empleada sobre todo para analizar las desigualdades en materia de salud, pero su enfoque multidisciplinar permite emplearla también en otro tipo de análisis.

Precisamente, con el aumento del interés por la atención de las personas con necesidades de cuidados de larga duración, se ha convertido también en un instrumento útil para analizar, por ejemplo, las situaciones de desatención en este ámbito entre los sectores más desfavorecidos (Laferrère y Bosch, 2015; Srakar *et al.*, 2015), o para estudiar la distribución de responsabilidades en materia de cuidados a nivel internacional (Suanet *et al.*, 2012). De un tiempo a esta parte han proliferado también los análisis sobre el desigual acceso a los sistemas de CLD —ámbito en el que se inscribe este trabajo— aunque todavía son pocos los trabajos específicos sobre el caso español haciendo uso de esta herramienta, y esto, a pesar de que se ha observado con anterioridad que resulta singular en el contexto europeo (Ilinca *et al.*, 2017; García-Gómez *et al.*, 2015).

En concreto, en este estudio se ha empleado la séptima oleada de la encuesta SHARE (versión 7.1.0, lanzada en junio de 2020) que tuvo lugar durante el año 2017, y que alcanzó un total de 76.520 entrevistas, a las que se accede empleando una estrategia de muestreo estratificada multietápica (Börsch-Supan, 2020; Bergmann, Scherpenzeel y Börsch, 2019; Börsch-Supan *et al.*, 2013). Los análisis para este trabajo se han realizado sobre los casos que corresponden al universo poblacional del estudio, esto es, personas de 65 o más años de los países de referencia que vivan en sus propios domicilios. A este respecto, para la comparativa se han tomado como ámbito de estudio los países de la UE15 participantes en la encuesta: Austria (AU), Alemania (AL), Suecia (SU), Italia (IT), Francia (FR), Dinamarca (DI), Grecia (GR), Bélgica (BE),

Portugal (PO), Luxemburgo (LU) y Finlandia (FI)². Esto arroja una muestra total para este estudio de 24.159 casos (n).

Como variables de estudio se han empleado, en primer lugar, el estado de salud subjetivo de la población encuestada, y el nivel limitaciones para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Ambas permiten aproximar el perfil de estudio, esto es, población mayor con un nivel alto de necesidades de cuidados. Como variable económica se han utilizado los ingresos mensuales promedios de los hogares. En tercer y último lugar, se han utilizado como variables de análisis el acceso a cuidados informales y a cuidados formales a domicilio.

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez identificadas las antedichas variables de análisis de estudio se procedió a construir las mismas a partir de los datos recogidos en la encuesta. Para ello se han empleado principalmente los módulos de *Physical Health* (PH), *Health Care* (HC), *Household Income* (HH) y *Social Support* (SP) de la misma.

El estado de salud se mide subjetivamente la encuesta SHARE utilizando una escala de cinco niveles (excelente, muy buena, buena, justa y pobre). En este trabajo se han utilizado los dos últimos para construir una nueva variable que agrupa a quienes aluden tener peor situación de salud. Por su parte, para identificar las personas en situación de necesidad de cuidados de larga duración entre las personas entrevistadas en la encuesta se ha seguido el criterio empleado por Laferrère y Bosch (2015), quienes proponen cuatro niveles de dependencia (bajo, medio-bajo, medio-alto y alto) en función cómo se conjuguen el total de limitaciones acumuladas, por un lado, en el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) —como caminar 100 metros, levantar o estirar los brazos por encima de los hombros, coger una moneda pequeña de la mesa, etc.— y por otro, en el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) —como vestirse, ducharse, levantarse o acostarse, tomar una medicación, etc—. Se considera que tienen necesidades de nivel bajo quienes solo tienen una sola limitación en AIVD. Quienes tienen solo una limitación en ABVD, o ninguna ABVD y más de una AIVD se encontrarían en un nivel medio-bajo de necesidad. El nivel medio-alto lo componen quienes tienen una limitación de cada tipo o dos limitaciones ABVD y ninguna AIVD. Finalmente, el resto de los casos constituyen el nivel más alto de limitaciones.

Como indicador económico se han empleado como referencia la variable del cuestionario que recoge de manera directa la renta total de todos los miembros del hogar en un mes promedio durante el año anterior. El hecho de que en su mayoría las personas mayores de 65 años reciban ingresos estables a través de pensiones de jubilación o invalidez hace que esta información resulte más consistente que si fuera empleada con otros sectores de población cuyos ingresos procedan principalmente de mercado laboral (más variables). Para poder realizar comparaciones interterritoriales se han calculado los cuartiles de los ingresos de la muestra de cada país, dividiendo la muestra en cuatro grupos iguales, pudiéndose considerar la muestra de los que quedan por debajo del primer cuartil la población de ingresos más bajos. Se ha optado esta vía

² En el caso de estos tres últimos países (Portugal, Luxemburgo, Finlandia) se omiten de los análisis sobre cuidados informales elaborados para este estudio por limitaciones de muestra.

frente al uso por ejemplo de los umbrales de pobreza severa o relativa para cada país en tanto la población mayor de 65 años presenta tasas de pobreza muy por debajo de la del conjunto de población, precisamente por acceder a unos niveles de ingresos estables y por no tener que destinar una parte importante de sus ingresos a costear bienes básicos como la vivienda (Chuliá, 2017).

El acceso a cuidados de carácter formal se computa cuando las personas encuestadas señalan que en los últimos doce meses han recibido en su propio domicilio servicios profesionales o de pago para el cuidado personal (para acostarse/levantarse, vestirse, lavarse/ ducharse), realizar las labores del hogar (como limpiar, planchar, cocinar) o recibir comida a domicilio. Se emplean también para el análisis las variables que recogen, en promedio, las horas a la semana que ha recibido ayuda domiciliaria con el cuidado personal y para realizar las labores del hogar, sean estas de carácter profesional o pagadas. Por otro lado, se computa el acceso a cuidados informales cuando las personas encuestadas señalan que en los últimos doce meses ha recibido alguna ayuda de algún familiar, de algún amigo/a o vecino/a que no viva en el hogar, o si han recibido ayuda regular durante los últimos doce meses de alguna persona conviviente para su cuidado personal.

Una vez construidas las variables anteriores, se llevaron a cabo fundamentalmente análisis bivariados mediante tablas de contingencias, utilizado para ello la aplicación estadística SPSS 26. Por un lado, se han cruzado las variables de nivel de ingresos con las de estado de salud, nivel de necesidades de cuidados de larga duración, tipología de cuidados (informal y formal) y horas de atención recibidas. De igual modo, se han cruzado las variables de nivel de necesidades de cuidados con la tipología de cuidados recibidos (informal y formal). En todos ellos se ha utilizado como capa de filtro la variable país. Los resultados de estos análisis se presentan en sendos gráficos, y en las Tablas 1 y 2 de Anexos.

4. RESULTADOS

4.1 DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD Y EN LA NECESIDAD DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Ya se hizo notar en partes previas que, en España, como en el resto de los países de su entorno, se viene produciendo un intenso proceso de envejecimiento poblacional. No cabe duda de que, por un lado, se trata de un importante logro gracias a la mejora de las condiciones de vida de la población. Por otro, supone un sobresaliente reto para las sociedades contemporáneas por los cambios que este hecho comporta en la estructura social y productiva de los países. No todos los países afrontan estos con la misma intensidad, y esto, fundamentalmente por dos cuestiones. De un lado, las tasas de dependencia —que miden la proporción de población mayor de 65 años sobre la de 15-64 años en edad de trabajar— varían sensiblemente entre países. En 2019 la tasa más alta en el continente europeo era la italiana (35,7 puntos), mientras que la española quedaba 6,2 pp. por debajo (29,5 puntos) según datos de EUROSTAT, siendo a su vez una de las más bajas de la UE-15 (igualando a la de Bélgica y los Países Bajos). Las estimaciones a futuro, sin embargo, prevén que los índices de dependencia lleguen a duplicarse en los próximos 40 años, y que España se sitúe como el país europeo con mayor tasa en el año 2060 (OECD, 2020).

Tampoco el nivel de necesidades de la población mayor es equiparable. Así lo certifican, por ejemplo, los resultados de la encuesta SHARE empleada en este estudio. Tomando como referencia la valoración subjetiva de las personas encuestadas (ver Gráfico 1), hasta un 71,5 % de la población portuguesa señala tener un estado de salud «pobre» o «justo», más del doble que países como Bélgica (34,5 %), Suecia (34,3 %) o Dinamarca (29,8 %). Es en general en los países mediterráneos donde se concentran los niveles más bajos de salud autopercebida. En España, algo más de la mitad de la población mayor de 65 años alude tener un bajo nivel de salud (51,3 %), siendo solo superada por el dato antedicho para Portugal, e Italia (53,9 %).

Claro que padecer una situación de salud pobre no acarrea irremediamente encontrarse en situación de dependencia. Los criterios sobre quienes deben ser consideradas personas dependientes y por lo tanto ser elegibles para acceder a los apoyos prestado varían entre países (Carrino y Orso, 2015; Orso y Carrino, 2014), lo que dificulta establecer comparaciones en cuanto a su prevalencia. Es por ello por lo que herramientas estadísticas como las empleadas en este y otros estudios resultan útiles, ya que permiten además considerar la existencia de distintos niveles de necesidad en función de presencia de más o menos dificultades en distintas actividades básicas o instrumentales de la vida, tal y como ocurre por lo general en las normativas al uso.

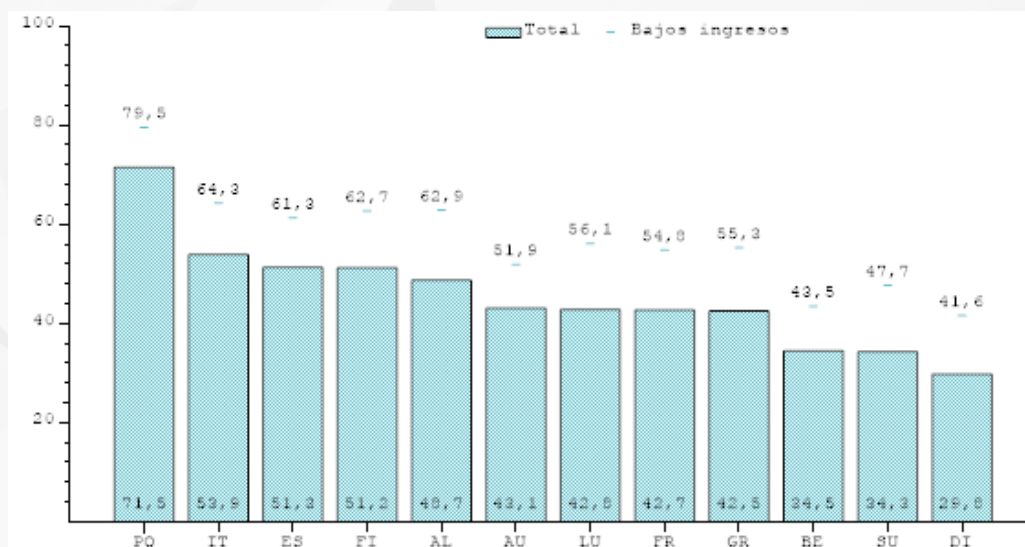
Con los datos disponibles, y en función de cómo se han construido los distintos niveles de dependencia (ver sección nro. 3), en España, casi un tercio de la población mayor de 65 años experimentaría al menos una limitación de carácter básico o instrumental (ver Tabla 1), sólo superada por Bélgica (35,2 %) y Portugal (37,8 %). Son estos tres, además, los únicos países de la comparativa que superan la barrera del 30 %, quedando en el otro extremo los países como Dinamarca (21,8 %), Finlandia (21,6 %) y Suecia (19,1 %). Por otro lado, si se examina quienes tienen los niveles más alto de necesidades (nivel alto o medio-alto), en este caso España ocupa el segundo lugar, ya que un 17,2 % de la población mayor de 65 años se encontraría en esta situación. Un dato solo superado por Portugal (21,6), y que duplica el de otros países como Suecia (7,4 %), Dinamarca (8,3 %), e incluso Grecia (8,1 %).

En cualquier caso, todos los países enfrentan importantes diferencias internas en función de la situación socioeconómica de los hogares ya sea para el caso de la autopercepción del nivel de salud, ya sea en la presencia más objetiva de limitaciones que pueden acarrear la necesidad de cuidados continuos. En datos, en España la población de ingresos bajos manifiesta tener una mala situación de salud 10 puntos porcentuales por encima del mismo dato para el conjunto de la población (ver Gráfico 1). Si bien, en este caso el país se ubica ligeramente por debajo de otros con los que comparte niveles similares de población total con mala o muy mala salud: Italia (64,3 %), Alemania (63,9 %) o Finlandia (62,7 %).

El estado de salud físico y psíquico determina las necesidades de cuidados, y estas son, como se acaba de señalar, más elevadas entre las personas de estatus socioeconómico más bajo. En España, existe un claro gradiente en la presencia de limitaciones en la actividades básicas e instrumentales en función del nivel de ingresos de los hogares (ver Tabla 1). Hasta un 47,5 % de quienes se encuentran en el cuartil más bajo de ingresos tienen algún nivel de necesidades vinculadas con la dependencia, cerca de 2,5 veces más que la proporción de quienes se encuentran en el cuartil más alto de ingresos. También el nivel de necesidades del sector de

ingresos más bajo es mayor que el de la población mayor de 65 años ubicada en el tercer y cuarto cuartil (35 % y 29 % respectivamente). Este mismo gradiente puede observarse para el caso de las necesidades de nivel medio-alto/alto, siendo además la diferencia en la prevalencia de estas con respecto a las de nivel medio-bajo/bajo más alta en las personas ubicadas en el cuartil inferior (8,7 pp.). En términos comparativos, con los datos disponibles, en España, un 28,1 % de la población de menos ingresos tendría necesidades de nivel medio-alto/alto, solo superada por sus estratos homónimos de Bélgica (29,2 %) y Portugal (29,4 %).

Gráfico 1. Población mayor de 65 años cuyo estado de salud subjetivo es pobre o justo, conjunto de la población y de bajos ingresos, por países (p), 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SHARE (7.1.0)

4.2. ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN MÁS NECESITADA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

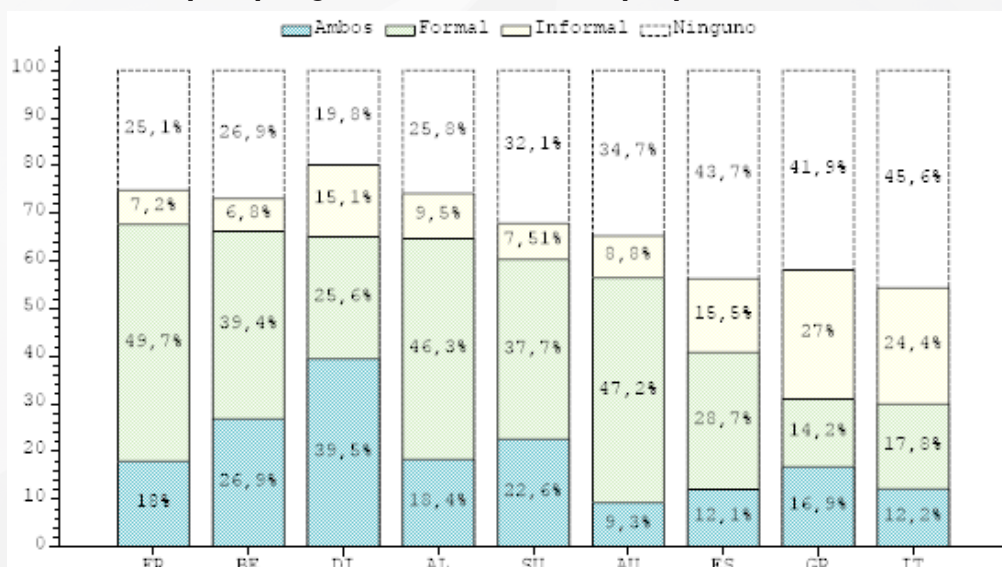
Tal y como han señalado por ejemplo por Heger y Korfhage (2018) y Bakx *et al.* (2015), aunque las diferencias en los indicadores de salud y demográficos explican una parte importante de las diferencias observadas entre territorios en el uso de los CLD, también estas resultan de las características e impulso desigual de los sistemas de cuidados. Verbeek-Oudijk *et al.* (2014), tomando en cuenta el gasto en cuidados no residenciales, concluyen que es principalmente en los países del norte de Europa donde el Estado se erigiría como el principal responsable de los CLD. En los países centroeuropeos la responsabilidad es compartida, mientras que en los países del Sur y del Este las familias cargan con la mayor responsabilidad. Todo ello predispondría que sea precisamente en estos últimos donde las tasas de uso de cuidados formales sean comparativamente más bajas, mientras que el recurso a los cuidados informales (en el entorno familiar o comunitario más próximo) resulten preponderantes. Heger y Korfhage (2018) encuentran que el cuidado familiar es más frecuente en países que tienen una menor inversión en materia de CLD y en países que tiene un énfasis mayor en las prestaciones económicas, ya que pueden ser empleadas como ingresos complementarios de los hogares para pagar a cuidadores informales o profesionales. Al mismo tiempo, son los países del Este y con regímenes de bienestar

mixto o mediterráneo quienes presentarían una mayor proporción de personas con necesidades de cuidados de larga duración desatendidas (Srakar *et al.*, 2015).

En datos de la más reciente encuesta SHARE, países como Francia (67,7 %), Bélgica (65,1 %), Dinamarca (65,1 %) y Suecia (60,4 %) prestan apoyos de carácter formal al menos a seis de cada diez personas que tienen un nivel alto de limitaciones para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Esto supone el doble que Grecia (31,1 %) e Italia (30 %), y más de 20 puntos porcentuales por encima del caso de España, donde cuatro de cada diez personas acceden a este tipo de cuidados (ver Tabla 2). Son también estos últimos tres países donde se perciben mayores niveles de desatención, y los que, además, salvo la excepción de Dinamarca, concentran también al mayor porcentaje de población que solo recibe atención de carácter informal (sin combinar con atención formal). En España, en particular, un 43,7 % de las personas mayores de 65 años con altas limitaciones no reciben ninguna atención, mientras que otro 15,5 % solo recibe atención por parte de alguna persona conviviente o allegada residiendo fuera de su domicilio (ver Gráfico 2).

A este respecto, existe una amplia literatura sobre la función que ejercen las horas de cuidados informales prestadas por las familias y el entorno comunitario más inmediato, lo que ha llevado a delimitar distintos modelos de vinculación entre cuidado formal e informal. En ocasiones uno sustituye al otro —generalmente el cuidado informal de familias y allegados al cuidado formal de carácter profesional— mientras que en otras se complementan o compensan mutuamente (ver Jiménez-Martín y Prieto, 2012). Estudios recientes muestran que, en el caso específico de España, no puede concluirse que exista un único modelo, y que en muchas ocasiones las personas encargadas de ejercer cuidados buscan aliviar las cargas de trabajo que puede llegar a suponer mediante apoyos profesionales y cualificados (Jiménez-Martín y Prieto, 2012). Es por ello por lo que se puede señalar que a mayor proporción de población que solo recibe apoyos informales, mayor probabilidad de que existan sobrecargas para el entorno informal cuidador. El modelo de cuidados en España —junto con el resto de los países del sur de la muestra— también parece estar pasos atrás con respecto a otros modelos en la capacidad de ofrecer alternativas de respiro familiar vistos los últimos resultados de la encuesta SHARE. Es esperable que, debido a la alta intensidad de las necesidades de los casos examinados, esto ocurra con mucha frecuencia entre el 15,5 % de las personas que solo reciben cuidado informal.

Gráfico 2. Población mayor de 65 años con nivel de necesidades medio-alto por tipología de cuidado recibido, por países, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SHARE (7.1.0)

4.3. DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Tal y como se adelantaba, recientemente han comenzado a concitar mayor interés las desigualdades individuales en el acceso a los cuidados formales e informales según el estatus socioeconómico. Esto es, en qué medida los distintos sistemas de CLD logran que situaciones de necesidad similares sean atendidas con la misma intensidad, independientemente de la posición socioeconómica de las personas que las padecen. En este punto, no solo no parece haber un claro consenso, sino que las evidencias recabadas llegan a arrojar incluso resultados contradictorios.

En estudios previos se ha señalado que, en el contexto europeo, por lo general, la población con menos ingresos estaría recibiendo más apoyo formal, siguiendo además un gradiente que se reduce conforme se asciende en la escala de ingresos. Según los resultados del reciente estudio de Ilinca *et al.* (2017), los servicios de cuidados en el hogar estarían concentrados entre la población más pobre en países como Dinamarca, Países Bajos y Francia, mostrando un claro patrón en favor los sectores más desfavorecidos. Sin embargo, España sería una excepción, puesto que presentaría un esquema en favor de la atención domiciliaria de la población mayor de 65 años ubicada en las posiciones más altas de ingresos. En sentido contrario se muestra el estudio de Rodríguez (2014), quien empleando la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (con datos de 2008) concluye que en el país el cuidado formal parece ser más accesible para personas que no tienen un nivel de ingresos alto y que se ubican en grandes centros urbanos.

En lo que concierne a los cuidados informales, se ha señalado con anterioridad que, en los países más desfamiliarizados, es decir, aquellos que ofrecen más alternativas a las familias en la provisión de cuidados de larga duración, las personas con menos ingresos tienen más probabilidades de combinar el uso informal y formal de la atención domiciliaria (Floridi *et al.*, 2020). Carrieri *et al.* (2017) detectan que existen indicios para considerar que en la Europa

continental y de sur el uso de cuidados domésticos de baja cualificación parece concentrarse en los sectores de población más ricos, mientras que los cuidados informales parecen actuar como red de seguridad para los más pobres, a modo de sustitución de estos. Unas conclusiones igualmente válidas para España, donde el uso de los cuidados informales parece estar también recientemente concentrado entre los sectores menos favorecidos (García-Gómez et al, 2015).

La más reciente encuesta SHARE, parece apoyar por un lado la idea de que, en efecto, existen importantes diferencias entre países en el apoyo formal que reciben los sectores de población con menos ingresos que afrontan un nivel alto de limitaciones. En Francia (78,9 %), Bélgica (73,4 %), Suecia (71,8 %) y Dinamarca (70,6 %), siete de cada diez personas en esta situación reciben cuidados formales en sus domicilios, quedando inmediatamente por debajo Alemania (67,6 %) y Austria (60,7 %). Los países del sur alcanzan en menor medida a prestar apoyos formales a la población en el cuartil de ingresos más bajo. En España en el 43,7 % de los casos, Grecia en casi cuatro de cada diez (39,3 %) e Italia incluso por debajo de un tercio de los casos (29,9 %). Al mismo tiempo, no parece haber un claro patrón en el uso de los cuidados informales de carácter familiar y comunitario. Solo entre estos tres últimos casos Grecia presenta un índice de uso de estos elevado (48,2 %), similar al de Dinamarca (47,8 %), donde se conjugan altas tasas de percepción de cuidados formales e informales. El uso de cuidados formales en Italia (27,8 %) o España (28,5 %), dos países tradicionalmente familiaristas, a la luz de los datos disponibles, no parece ser en especial elevado, probablemente porque en el caso de personas con una alta dependencia, y ante la ausencia de recursos domiciliarios de carácter profesional, la tendencia haya sido la institucionalización en la red pública para los hogares con menos ingresos, y en la red de atención privada para el resto³.

En este sentido, en ninguno de los países que forman parte de la muestra se observa un claro gradiente en el uso de cuidados informales. En el caso de España, es ligeramente superior en los dos cuartiles de ingresos más bajos (ver Tabla 2). Sí se percibe un claro gradiente en favor en el acceso a la atención formal de las personas mayores de 65 años con dificultades altas en el caso de países como Francia, Bélgica o Alemania, y cuya representación gráfica puede observarse en el Gráfico 3. Los tres países serían ejemplo claro del gradiente en favor de la población de menos ingresos, por lo que tendrían un mayor poder redistributivo habida cuenta de que los ingresos obtenidos en las últimas etapas de la vida dependen en buena medida de las trayectorias laborales y personales de los individuos.

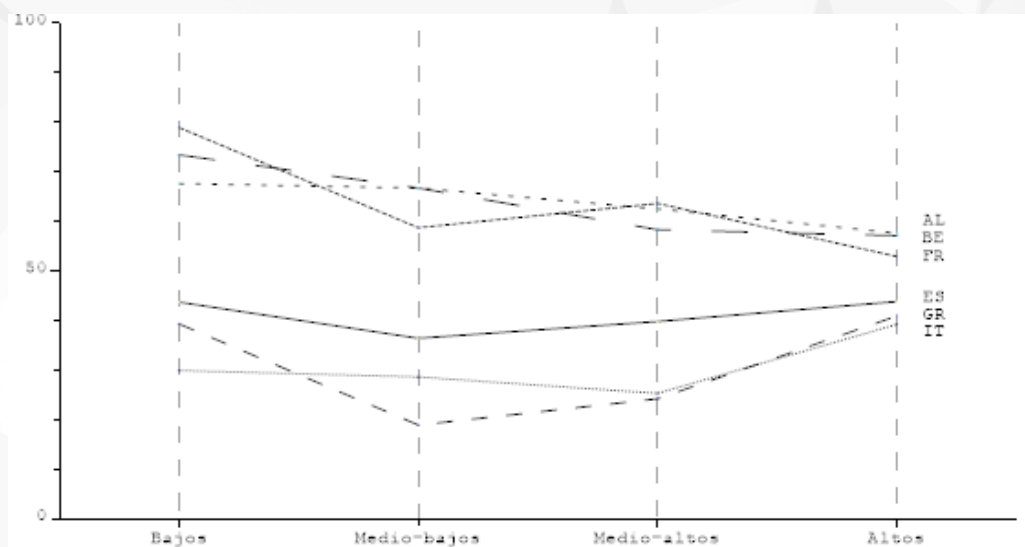
En el caso de Italia, y en menor medida de Grecia y España, no parece haber en cambio esta misma tendencia. Son los cuartiles de ingresos centrales los que acceden en menor medida a los cuidados formales a domicilio. De ello se coligen al menos dos cuestiones. En primer lugar, el sistema de cuidados de larga duración en España provee un nivel de acceso a CLD a domicilio por debajo de los países más avanzados de su entorno para toda la población, independientemente de su nivel de ingresos. Si bien, la intensidad en el nivel de acceso a cuidados formales es mayor entre los dos cuartiles inferiores, y es menor entre el cuartil de ingresos más elevado de ingresos en España y sus homólogos transfronterizos. En segundo lugar, y teniendo en cuenta el bajo nivel de cobertura del sistema de CLD en términos generales, todo parece indicar que,

³ Debido a la escasa muestra de población mayor en instituciones residenciales en el cuestionario, no se han llevado a cabo análisis en esta dirección.

a pesar de las ligeras diferencias, son los dos extremos de los niveles de ingresos los que se ven beneficiados por el mismo. El modelo de cuidados español, muy enfocado a la atención de los hogares con menos ingresos, permite equiparar el nivel de acceso a los cuidados formales de estos con el de las personas mayores de 65 años con mayores ingresos. Todo esto además en detrimento de quienes se encuentran en el escalón superior de ingresos más bajos, quienes presentan el menor nivel de acceso a cuidados formales.

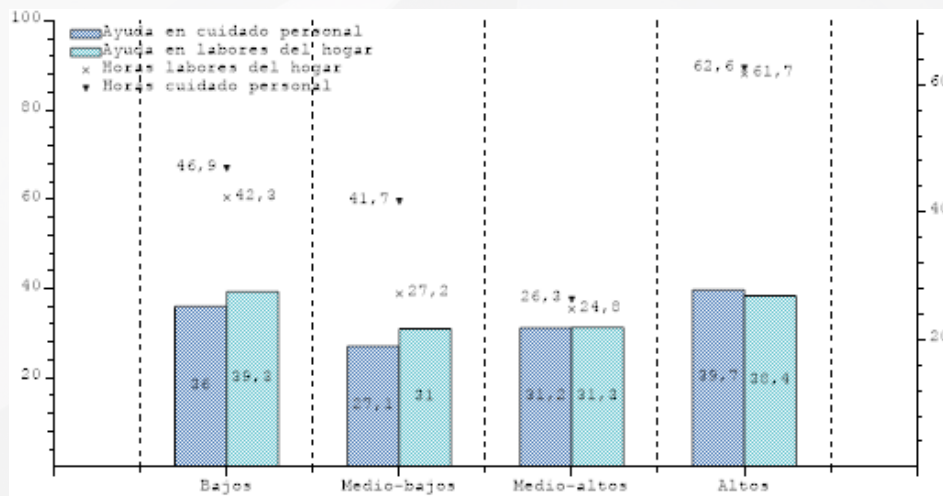
De igual modo, si se examina la intensidad de los apoyos recibidos en términos de horas semanales, se pueden observar como también se reproduce esta misma tendencia, aunque con algunas diferencias notables. Los cuartiles de ingresos más bajos reciben de media respectivamente 46,9 y 41,7 horas semanales de cuidados personales, lo que supone aproximadamente 20 horas semanales más que quienes se encuentran en el cuartil de ingreso medio-altos, aunque también 20 horas por debajo de las que recibe el grupo de ingresos más alto. En el caso de las horas semanales vinculadas con las labores del hogar, este último grupo recibe más de 35 horas semanas de atención que los dos cuartiles intermedios, y casi 20 horas que quienes se encuentran en la posición más baja de ingresos (ver Gráfico 4).

Gráfico 3. Población mayor de 65 años con necesidades de nivel alto que reciben ayuda a domicilio, por nivel de ingresos (p), 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta SHARE (7.1.0)

Gráfico 4. Proporción de personas mayores de 65 años con necesidades de nivel alto que en España reciben ayuda, por tipología y media de horas semanales, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta SHARE (7.1.0)

A modo de síntesis, los resultados de este estudio corroboran que las necesidades de CLD siguen siendo especialmente elevadas en los países del sur de Europa, tal y como se ha concluido también en estudios previos. Y esto tanto en términos cuantitativos, como también cualitativos, ya que la prevalencia de limitaciones más intensas para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria es más común también en estos países.

Claro que, con independencia de ello, todos los países del continente tienen que afrontar un importante reto para compensar la mayor presencia de necesidades entre los sectores menos favorecidos económicamente. Si bien, también en este caso siguen siendo principalmente los países del sur europeo los que experimentan este gradiente con mayor intensidad. Las necesidades de CLD son más acuciantes entre los sectores de población con menos recursos de los países del sur europeo, incluso por encima de la situación de sus iguales en la mayoría de los países analizados.

España, en particular, es el tercer país de los examinados con mayor proporción de población mayor de 65 años con alguna limitación para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, llegando a suponer casi el caso de una de cada tres personas en este grupo etario. En el caso de la población con menos ingresos, esto ocurre en casi la mitad de los casos (47,5 %), un dato solo superado por Bélgica.

Esta situación se conjuga también en el país con una menor atención formal a domicilio en todos los niveles de ingresos económicos que en países como Alemania, Francia o la propia Bélgica. También la gradación de esta atención es diferente. El sistema de CLD en antedichos países brinda más ayuda a los sectores con menos recursos económicos, y esta decrece conforme aumentan los ingresos. En cambio, en España los apoyos formales son sensiblemente menos frecuentes en aquellos hogares con ingresos medio-bajos, tal y como se había señalado entre las hipótesis de estudio.

Tal y como está recogida la información en la encuesta SHARE no permite discernir con claridad el origen de los cuidados informales, esto es, si la ayuda recibida en el cuidado personal y en

las labores del hogar fundamentalmente procede de recursos públicos o si el acceso a los mismos es mediante el mercado. Sin embargo, todo apunta a que los sectores con menos ingresos acceden a este tipo de apoyos fundamentalmente a través de los programas públicos de atención a la dependencia, mientras que, en el otro extremo, los sectores con mayor disponibilidad de ingresos estarían accediendo a los mismos servicios en el mercado privado, con mucha frecuencia de carácter informal. Son los sectores de población que tienen más dificultades para acceder a estos servicios en el mercado y que superan los criterios económicos de accesos los que tendrían menos oportunidades de acceder a los cuidados formales. Esta dualidad tiene también su trasunto en términos de intensidad de los apoyos formales, ya que son también quienes se ubican en los niveles de ingresos medios quienes reciben menos horas de atención semanal.

Por último, en lo que concierne al acceso a cuidados informales, no parecen existir diferencias notables entre niveles de ingresos, aunque es destacable que en los países del sur europeo hay una mayor proporción de hogares que solo reciben apoyos informales. Carecen entonces de apoyos institucionales para complementar o compensar la atención de las personas necesitadas, lo que sin duda puede acarrear consecuencias perjudiciales para las personas cuidadoras.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con todo, los resultados aquí expuestos presentan algunas limitaciones. Ya se ha señalado que no permiten discernir con claridad cuál es la titularidad (pública o privada) de los cuidados formales a domicilio recogidos en la encuesta. Por otro lado, hay que tener en cuenta que, debido a la fuerte descentralización de la gestión de los CLD en el país, aunque dan una imagen global de la problemática, es probable que no puedan ser extrapolables a todas las realidades locales y regionales. No cabe duda de que sería recomendable a futuro disponer de más fuentes de datos estadísticos que permitan tanto a nivel estatal y autonómico profundizar en la situación de los hogares en situación de dependencia. De este modo se podrían realizar orientaciones más precisas y focalizadas sobre cada una de estas realidades, donde recaen en último término buena parte de las responsabilidades en esta materia. En cualquier caso, los datos disponibles en la encuesta SHARE permite aportar algunos argumentos para defender las hipótesis propuestas en este estudio y para dar orientaciones de carácter genérico.

En primer lugar, parece consolidarse el hecho de que existe un volumen importante de necesidades de larga duración insuficientemente atendidas en el país, siendo estas además ligeramente superiores en el caso de los estratos económicos intermedios. En segundo lugar, el modelo de CLD permite equiparar el acceso a cuidados formales de la población mayor con más necesidades, especialmente entre los dos extremos de los niveles de ingresos (bajos y altos), aunque el mismo muestra menos capacidad de apoyar a los sectores intermedios (medio-bajos y medio-altos), especialmente a los inmediatamente situados por encima del nivel de ingresos más bajo. Esto sería particularmente visible cuando se traslada esta atención al número de horas semanalmente recibidas en calidad de cuidados personales o domésticos. La población de mayores ingresos tiene más capacidad de acceder a más horas de atención —muy por encima de las ofrecidas por el sistema público— a través del mercado privado, una opción que parece menos accesible nuevamente para los grupos de ingresos intermedios, especialmente cuando se trata de la ayuda en labores del hogar. Es previsible entonces que, tal y como está

configurado el modelo actualmente, muchos de los hogares que superan un umbral muy bajo de ingresos —con rentas de trabajo bajas o inestables, gastos excesivos de vivienda, etc.— tengan muchas dificultades para hacer frente a gastos vinculados con la atención a la dependencia. No solo se estaría produciendo una atención insuficiente a las situaciones de dependencia en estos hogares, sino que se estarían produciendo situaciones de sobrecarga familiar con más frecuencia, con lo que ello comporta en términos de desigualdades de género (dobles y triples jornadas para las mujeres).

Los datos aquí recabados parecen confirmar entonces que el desarrollo del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) ha ido consolidando un modelo de protección muy dual. Resulta todavía muy asistencial, en tanto está destinado principalmente a personas dependientes con bajos ingresos. Para la población por encima de los umbrales de acceso —incluyendo todavía a un volumen importante de población con bajos ingresos— la atención está altamente privatizada, lo que implica un menor nivel de atención de las necesidades en este grupo de población por sus dificultades para acceder al mercado privado de atención doméstica, e incluso residencial.

Finalmente, el acceso a los cuidados familiares y comunitarios resulta similar en todos los grupos de ingresos analizados, aunque resulta llamativo que incluso en proporción menor que en otros países de nuestro entorno menos familiaristas. Es plausible que la explicación a esta baja incidencia de los cuidados formales se deba a cuestiones diferentes en cada estrato de ingresos. Debido al alto número de horas de atención formal que reciben quienes están en las posiciones económicas más aventajadas es posible que el cuidado formal se haya sustituido por cuidados privados de carácter mercantil. En el caso de los grupos de ingresos más bajos puede deberse a otras dificultades que impidan asumir o complementar los cuidados vinculados con las situaciones de dificultad de los hogares y sus miembros.

Teniendo en cuenta que la atención a la dependencia en España se ha sustentado sobre un modelo fuerte de comprobación de medios y en su desarrollo han primado las prestaciones económicas frente a los servicios, los resultados aquí obtenidos resultan coherentes y corroboran las conclusiones de estudios previos que sostienen que ambos diseños redundan en un menor nivel de cobertura y en una atención menos equitativa. Parece lógico pensar que, a futuro, siguiendo la estela de los países de nuestro entorno que alcanzan mayores niveles de atención y que más apoyo prestan a los sectores económicamente más desfavorecidos, es necesario avanzar en el desarrollo de más servicios de atención a domicilio y avanzar hacia un modelo que, ahora sí, resulte universal.

Todo ello requeriría afrontar más decididamente los retos señalados al comienzo de este estudio. Entre otras cuestiones, vislumbrar el sector de los cuidados no solo como un apartado del gasto social, sino como un nicho de creación de empleo. España todavía se ubica lejos de otros países de su entorno en la creación de empleos en el sector cuidados. Al mismo tiempo, como se ha señalado, se precisa mejorar la capacidad de gobernanza del sistema para que los distintos actores involucrados en los CLD trabajen de manera conjunta y coordinada en la extensión y adecuación de los recursos domiciliarios (Aguilar-Hendrickson, 2020). Todo ello puede ser una vía no solo para normalizar buena parte del empleo sumergido y dignificar las condiciones

laborales de muchas cuidadoras, sino una oportunidad para redoblar esfuerzos para expandir el sistema y atender con mayor intensidad a sectores de población con menos recursos.

Por otro lado, a pesar de que en España se ha atribuido a las familias un papel central en la provisión de cuidados, en muchos casos este tipo de apoyos no llega a materializarse. Todo apunta a que, en la búsqueda de fórmulas de mayor adecuación y capacidad de atención, los apoyos comunitarios deberían ocupar un lugar estratégico. Esta ha sido una de las claves de los modelos de cuidados nórdicos en el logro de niveles cobertura más amplia (Sipilä, 1997). Parece necesario, como segunda recomendación clave, avanzar en la incorporación de un modelo de cuidados más conectado con el entorno y la comunidad que sea capaz de promover una acción preventiva más integral, y que intervenga desde el modelo de atención centrado en la persona para mejorar cuantitativa y cualitativamente la atención de la población (Martínez *et al.*, 2014; Zalakain, 2017; Martínez Virto y Hermoso Humbert, 2020).

En definitiva, el reto del sistema de cuidados y atención a la dependencia en España no solo es cuantitativo, su propio diseño requiere cambios importantes que avancen no solo hacia la adecuación del sistema, sino también hacia una gestión y acceso más equitativo. Esta necesidad de superar las brechas existentes no ha hecho sino aumentar en este tiempo de pandemia. El sistema actual de servicios de cuidado a la dependencia ha puesto de manifiesto las fuertes limitaciones, no solo en materia de estructura o coordinación, sino también de enfoque y naturaleza de la ayuda. La edad ha sido un factor clave en la definición de colectivos de riesgo, sin embargo, el acceso a los servicios de cuidado o la presencia de redes de apoyo colectivo han marcado buena parte de la capacidad de resistencia del colectivo a los periodos de confinamiento. En este sentido, además de la edad, otros factores sociales vinculados a las redes sociales o acceso a recursos públicos y privados han marcado las diferentes estrategias de apoyo a las personas mayores. Es por tanto un momento de oportunidad para emprender mejoras que hagan el sistema más accesible y equitativo.

6. REFERENCIAS

- Aguilar Hendrickson, M., Corera Oroz, C., Goñi, I., Laparra Navarro, M., y Pérez Eransus, B. (2002). *La atención a domicilio en Navarra*. Universidad Pública de Navarra.
- Aguilar-Hendrickson, M. (2014) *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España (Serie Documentos de Trabajo 5.12)*. Fundación FOESSA. http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/04112014034343_2219.pdf
- Aguilar-Hendrickson, M. (2020), Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(11), 1301-1317. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-02-2019-0043>
- Albertini, M., y Pavolini, E. (2015). Unequal inequalities: the stratification of the use of formal care among older europeans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 3, 510-521. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv038>
- Arlotti, M., y Aguilar-Hendrickson, M. (2017). The vicious layering of multilevel governance in Southern Europe: The case of elderly care in Italy and Spain. *Social Policy y Administration*, 52(3), 646–661. <https://doi.org/10.1111/spol.12351>
- Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2020). *Informe anual del observatorio estatal de la dependencia*. <https://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>
- Bakx, P., Meijer, C. de, Schut, F., y Doorslaer, E. van. (2015). Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence of Public Long-Term Care Insurance. *Health Economics*, 24(6), 631-643. <https://doi.org/10.1002/hec.3050>
- Benach, J.; Vergara, M.; Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, N.º. 103, págs. 29-40
- Bennett, L., Honeyman, M., Bottery, S. (2018) *New models of home care*. New York: The King's Fund.
- Bergmann, M., A. Scherpenzeel and A. Börsch-Supan (Eds.) (2019). *SHARE Wave 7 Methodology: Panel Innovations and Life Histories*. MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Börsch-Supan, A. (2020). *Survey of health, ageing and retirement in Europe (Share) wave 7 [Data set]*. SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W7.710>
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., y Zuber, S. (2013). Data resource profile: The survey of health, ageing and retirement in europe(Share). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Carrieri, V., Novi, C. D., y Orso, C. E. (2017). Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the Use of Home Care Services in Europe. *Fiscal Studies*, 38(3), 445-468. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2017.12138>

Carrillo, E., Cervera, M., Gil, V., Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Antares Consulting. <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/5a9dd00bc8082062e4556ccd4bc2888c8d43633d.pdf>

Carrino, L., y Orso, C. E. (2015). Eligibility regulations and formal home-care utilisation among the vulnerable older people in SHARE Wave 5. En A. Börsh-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, y G. Weber, *Ageing in Europe—Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 343-352). De Gruyter.

Chuliá, E. (2017). *One-person households: low poverty risk and rising expenditure (Focus on Spanish Society)*. FUNCAS. <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Publicaciones/PDF/2085.pdf>

Chuliá, E. (2019). La evolución de la población contemporánea: motivos para la satisfacción y la inquietud. *Información Comercial Española*, 908, 9-21.

Comisión Europea (2018). *The Silver Economy*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a9efa929-3ec7-11e8-b5fe-01aa75ed71a1>

Díaz-Veiga, P., y Sancho, M. (2013). Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(3), 101-102. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.003>

Fernández García, T., Ponce de León Romero, L. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 13(1), 87-97. <https://doi.org/10.5218/prts.2013.0010>

Ferrán Zubillaga, A., Guinot Viciano, C., Berasategui Otegui, A. (2019). *Gobernanza colaborativa para la inclusión social. Una experiencia de investigación y acción participativa*. Catarata.

Floridi, G., Carrino, L., y Glaser, K. (2020). Socioeconomic Inequalities in Home-Care Use Across Regional Long-term Care Systems in Europe. *The Journals of Gerontology*, 76(1), 121–132. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa139>

FOESSA (2019). *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Fundación FOESSA. <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>

García-Gómez, P., Hernández-Quevedo, C., Jiménez-Rubio, D., y Oliva-Moreno, J. (2015). Inequity in long-term care use and unmet need: Two sides of the same coin. *Journal of Health Economics*, 39, 147-158. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.11.004>

Heger, D., y Korfhage, T. (2018). Care choices in Europe: To Each According to His or Her Needs? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-16. <https://doi.org/10.1177/0046958018780848>

Holstein, M.B., Parks, J.A., y Waymack, M.H. (2010). *Ethics, aging, and society. The critical turn*. Springer.

Huber, M.; Rodriguez, R.; Hoffmann, F.; Gasior, K.; Marin, B. (2009). Long-term care for older people. OCDE.

Huisman, M., Kunst, A. E., y Mackenbach, J. P. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science y Medicine*, 57(5), 861-873. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00454-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00454-9)

Ilinca, S., Rodrigues, R., y Schmidt, A. E. (2017). Fairness and eligibility to Long-Term Care: an analysis of the factors driving inequality and inequity in the use of home care for older Europeans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1224-1239. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101224>

IMRSO (2019). *Estadística anual de prestaciones y servicios del sistema de autonomía y atención a la dependencia*. Recuperado de https://www.imerso.es/imerso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/index.htm

Instituto Nacional de Estadística. (2019a). *Indicadores de mortalidad*. Recuperado de <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1153&capsel=1153>

Instituto Nacional de Estadística. (2019b). *Indicadores urbanos, Edición 2019*. [Notas de prensa]. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/ua_2019.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (2019c). *Indicadores de Estructura de la Población*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3198&L=0>

Jiménez-Martín, S., y Prieto, C. V. (2012). The trade-off between formal and informal care in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 13(4), 461-490. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0317-z>

Laferrère, A., y Bosch, K. V. den. (2015). Unmet need for long-term care and social exclusion. En A. Börsh-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, y G. Weber, *Ageing in Europe—Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 331-342). De Gruyter.

LEY ORGÁNICA 39/2006 de Promoción de la Autonomía y de Atención a las personas en situación de dependencia.

Martín, U., Domínguez Rodríguez, A., y Bacigalupe, A. (2019). Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 82-84.

Martínez Virto, L. (2009). Gestión de los cuidados, desnacionalización y precariedad laboral: Una perspectiva comparada. *Alternativas*, 17, 221-236. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2010.17.12>

Martínez Virto, L. y Hermoso Humbert, A. (2020, en prensa). Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad. *Revista Española de Sociología*.

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M., y Rodríguez, P. (2014). *Cómo y dónde quiero que me cuiden: la atención centrada en la persona, un nuevo modelo de atención (Serie Cuadernos prácticos)*. Fundación Matia. <https://www.matiafundazioa.eus/documentos/ficheros/publicaciones/3.euskera-castellano.pdf>

Martínez-Buján, R. (2009). Política social, migración internacional y trabajo de cuidados: el caso español. En Lorenzo Cachón y Miguel Laparra (eds), *Inmigración y políticas sociales* (pp. 269-293). Bellaterra.

Montserrat, J. (2013). La ley de dependencia en caída libre. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 2, 62-64.

Montserrat, J. (2014). *El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia ¿Hacia un cambio de modelo? (Documentos de Trabajo 5.6)*. Fundación FOESSA. http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014144847_4790.pdf

MSCBS (2018). *Limitación y Discapacidad. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), 2017 (Serie Informes monográficos)*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/LIMITACION_Y_DISCAPACIDAD.pdf

OECD (2018). *Health at a glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle*. OECD. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Oficina Europea de Estadística. (2019). *Population (demography, migration and projections)*. Recuperado de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics%20explained/index.php?title=People_in_the_EU_-_population_projections#Population_projections

Rodríguez Cabrero, G., Marbán Gallego, V. (2013). La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. En E. Del Pino, y M. J. Rubio (eds.), *Los Estados de bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada* (pp. 237-261). Tecnos.

Rodríguez Castedo, Á. (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

Rodríguez, M. (2014). Use of informal and formal care among community dwelling dependent elderly in Spain. *European Journal of Public Health*, 24(4), 668-673. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt088>

Roig, S., y Hernández, S. (2020). *Manual del programa «siempre acompaña-dos»*. Fundación «la Caixa».

Sipilä, J. (1997). *Social care services: The key to the Scandinavian welfare model*. Avebury.

Srakar, A., Hrast, M. F., Hlebec, V., y Majcen, B. (2015). Social exclusion, welfare regime and unmet long-term care need: Evidence from SHARE. En A. Börsh-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, y G. Weber, *Ageing in Europe—Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 189-198). De Gruyter.

Suanet, B., Groenou, M. B. V., y Tilburg, T. V. (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe: Can cross-national differences be explained by societal context and composition? *Ageing y Society*, 32(3), 491-515. <https://doi.org/10.1017/s0144686x11000390>

Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I., Eggink, E., y Putman, L. (2015). Who cares in Europe? *Geron*, 17(1), 62-65. <https://doi.org/10.1007/s40718-015-0119-y>

Zalakain, J. (2017). Atención a la dependencia en la UE: Modelos, tendencias y retos. *Revista Derecho social y empresa*, 8, 19-39.

7. ANEXOS

Tabla 1. Población mayor de 65 años en función de dificultades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, por nivel de ingresos y país, 2017

Tabla 1. Población mayor de 65 años en función de dificultades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, por nivel de ingresos y país, 2017.															
	Bajos			Medio-bajos			Medio-altos			Altos			Total		
	MB-B	MA-A	T	MB-B	MA-A	T	MB-B	MA-A	T	MB-B	MA-A	T	MB-B	MA-A	T
Austria	22,4	19,8	42,2	21,5	12,6	34,1	16,6	9,7	26,3	13,1	8,5	21,6	18,4	12,6	31,0
Alemania	14,0	19,6	33,6	13,3	13,1	26,4	8,4	8,2	16,6	7,8	8,0	15,8	10,9	12,2	23,1
Suecia	18,5	15,3	33,8	11,9	7,4	19,3	8,6	3,4	12,0	6,9	2,6	9,5	11,7	7,4	19,1
España	19,4	28,1	47,5	18,1	16,9	35,0	15,4	13,6	29,0	9,1	10,1	19,2	15,5	17,2	32,7
Italia	21,6	16,5	38,1	17,1	9,6	26,7	11,9	11,5	23,4	8,9	8,4	17,3	14,9	11,6	26,5
Francia	21,6	23,6	45,2	16,2	11,6	27,8	14,6	7,8	22,4	13,9	6,6	20,5	16,6	12,4	29,0
Dinamarca	16,0	16,9	32,9	16,2	6,4	22,6	12,2	5,4	17,6	9,3	4,5	13,8	13,5	8,3	21,8
Grecia	31,8	12,0	43,8	20,2	8,2	28,4	15,6	7,5	23,1	14,4	4,7	19,1	20,5	8,1	28,6
Bélgica	22,5	29,2	51,7	21,1	16,8	37,9	16,8	10,7	27,5	15,6	8,1	23,7	19,0	16,2	35,2
Portugal	15,2	29,4	44,6	17,2	25,4	42,6	18,8	21,4	40,2	14,0	10,4	24,4	16,2	21,6	37,8
Luxemburgo	15,6	19,4	35,0	14,4	8,8	23,2	13,1	6,5	19,6	7,0	3,2	10,2	12,5	9,5	22,0
Finlandia	18,4	12,9	31,3	13,3	7,4	20,7	12,6	7,3	19,9	8,0	6,4	14,4	13,1	8,5	21,6

MB-B=Medio-bajas, bajas; MA-A=Medio-alta, altas; T=Total

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta SHARE 7.1.0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta SHARE 7.1.0

Tabla 2. Proporción de población mayor con nivel de necesidades alto que accede a cuidados formales (F), informales (I) o que se encuentran desatendida (D), por países y nivel de ingreso, 2017

	Bajos			Medio-bajos			Medio-altos			Altos			Total		
	F	I	D	F	I	D	F	I	D	F	I	D	F	I	D
Austria	60,7	21,3	24,6	51,4	15,7	42,9	56,9	19,6	35,3	58,8	14,7	35,2	56,5	18,1	34,7
Alemania	67,6	25,4	23,9	66,7	31,5	22,2	62,5	18,8	34,4	57,6	36,4	27,3	64,7	27,9	25,8
Suecia	71,8	38,5	17,0	56,8	27,3	38,6	33,3	8,3	58,3	63,6	36,4	27,3	60,4	30,2	32,1
España	43,7	28,5	41,1	36,4	30,2	44,2	39,8	22,6	49,5	43,8	27,4	41,1	40,8	27,6	43,7
Italia	29,9	27,8	52,6	28,6	50,0	32,1	25,3	31,3	53,0	39,2	47,1	35,3	30,0	36,6	45,6
Francia	78,9	18,3	16,9	58,7	30,4	32,6	63,6	24,2	30,3	52,9	41,2	29,4	67,7	25,1	25,0
Dinamarca	70,6	47,1	17,6	72,0	56,0	20,0	41,7	66,7	25,0	60,0	60,1	20,0	65,1	54,7	19,8
Grecia	39,3	48,2	32,1	18,9	40,5	51,4	24,2	51,5	42,4	40,9	27,3	50,0	31,1	43,9	41,9
Bélgica	73,4	38,3	22,3	66,7	33,2	27,5	58,3	29,2	31,3	57,1	28,2	31,4	66,3	33,7	26,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta SHARE (7.1.0)