

Original

Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa

Cristina Vilaplana Prieto^{a,*}, Sergi Jiménez-Martín^b y Pilar García Gómez^c^a Departamento de Fundamentos de Análisis Económico, Facultad de Economía y Empresa, Universidad de Murcia, Murcia, España^b Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España; GSE, Barcelona, España; FEDEA, Madrid, España^c Erasmus University Rotterdam, Holanda

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2011

Aceptado el 25 de julio de 2011

On-line el 2 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Cuidados formales

Cuidados informales

Cuidados de largo plazo

Europa

SHARE

R E S U M E N

Objetivo: En este trabajo se estudia la relación entre cuidados personales formales e informales para la población dependiente en un conjunto de países europeos.

Métodos: Se utilizan datos del Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004), y se estima un modelo probit bivariado. A diferencia de otros estudios, no sólo se tienen en cuenta características sociodemográficas, de salud y del entorno del receptor de los cuidados, sino que también se consideran las características institucionales de los sistemas de cuidados de largo plazo.

Resultados: Se obtiene una correlación positiva y significativa entre ambas decisiones, es decir, condicional a recibir cuidados; hay una cierta preferencia por la combinación de ambos tipos de cuidados. Los resultados muestran la relevancia de las variables de salud y del régimen de convivencia a la hora de definir la combinación de cuidados formales e informales. Hay diferencias importantes en la probabilidad de utilización de ambos tipos de cuidados entre países europeos, y destaca la relevancia de los cuidados informales en España.

Conclusiones: El diseño de políticas de cuidados de largo plazo debe tener en consideración que la probabilidad de recibir cuidados formales o informales aumenta más en los países donde hay obligación legal de atender a familiares dependientes o con una mayor tasa de institucionalización. Por tanto, la combinación de diferentes servicios formales, más que la implementación de prestaciones económicas para el cuidador, debiera considerarse como alternativa posible para controlar el gasto público y aumentar la satisfacción de los cuidadores.

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

Trade-off between formal and informal care in Europe

A B S T R A C T

Objective: To study the relationship between formal and informal care for the dependent population in a number of European countries.

Method: Data from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe for 2004 were used and a bivariate probit model was estimated. Unlike other studies, the present analysis includes the institutional features of the various long-term care systems, in addition to the demographic, health and environmental characteristics of the individual receiving care.

Results: A significant correlation was found between the two options, which reveals that, conditional on receiving care, there was a preference for the combination of both types of care. The results show the importance of health status and living arrangements for defining the combination of formal and informal care. There were substantial differences in the likelihood of the two types of care among European countries. A notable finding was the importance of informal care in Spain in comparison with other countries.

Conclusions: The probability of receiving formal or informal care is higher in countries where families have a legal obligation to look after dependent relatives and where institutionalization rates are higher. This finding should be considered in the design of long-term care policies. Therefore, to control growth of public expenditure and, at the same time, improve caregiver satisfaction, policies that combine distinct formal services should be promoted over the implementation of care allowances.

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

Keywords:

Formal care

Informal care

Long-term care

European countries

SHARE

Introducción

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) define los cuidados de largo plazo como una política transversal que engloba el conjunto de servicios requeridos por las

personas que precisan atención en las actividades básicas de la vida diaria durante un periodo prolongado de tiempo¹. De acuerdo con Eurostat, en el año 2006 el gasto en cuidados de largo plazo en relación al producto interior bruto (PIB) oscilaba entre el 3,6% de Suecia y el 0,02% de Bulgaria (1261 € frente a 0,63 € per cápita). No obstante, las proyecciones demográficas indican que es necesario tomar conciencia del previsible aumento de la demanda de este tipo de cuidados porque: 1) la población de 80 y más años de edad aumentará más del 60% en los próximos 20 años¹; 2) en el

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cvilaplana@um.es (C. Vilaplana Prieto).

año 2005, el número de personas dependientes de 65 y más años de edad oscilaba entre 5,7 y 16,4 millones (según la definición utilizada de necesidad de asistencia en actividades de la vida diaria), y previsiblemente aumentará hasta entre 9 y 25,5 millones de personas en el año 2030².

El envejecimiento de la población no sólo provoca una serie de cambios demográficos y sociales, sino que también suscita nuevos desafíos relativos a la administración y la financiación de los cuidados de largo plazo^{3,4}. Por una parte, el aumento en el número de personas con limitaciones para realizar actividades de la vida diaria lleva a un aumento de la demanda de cuidados de largo plazo en la comunidad. Por otra parte, el incremento en la tasa de participación laboral femenina, las mayores distancias geográficas entre los domicilios de los hijos adultos y sus padres, la disminución en las tasas de fecundidad, el aumento en las tasas de divorcio y las restricciones financieras de los sistemas de salud han modificado la oferta de cuidados informales de largo plazo^{5,6}.

La aportación de este trabajo consiste en analizar la relación entre la disponibilidad de cuidadores informales y la generosidad del sistema público de cuidados de largo plazo en un conjunto de países europeos. Desde un punto de vista teórico, los cuidados informales pueden reducir la demanda de cuidados formales, si ambos tipos de cuidado son sustitutivos, o por el contrario incrementarla si son complementarios. En la práctica, esta cuestión ha suscitado un progresivo interés que se ha materializado en el creciente número de aportaciones a la literatura. Van Houtven y Norton⁷, utilizando datos de Estados Unidos (Health Retirement Survey [1998], Asset and Health Dynamics in the Oldest-Old Panel Survey [AHEAD, 1995]), estudiaron la relación entre cuidados informales proporcionados por hijos adultos y cuidados formales. Para ello modelizaron los cuidados formales como una función de las horas de cuidado informal y de otra serie de características demográficas, y concluyeron que los cuidados informales reducían la utilización del servicio de ayuda a domicilio y retrasaban el ingreso en centros residenciales. Por su parte, Charles y Sevak⁸, utilizando también la AHEAD, llevaron a cabo un análisis de la relación entre los cuidados informales y la probabilidad de institucionalización, y constataron una correlación negativa entre ambas variables.

Si nos fijamos en estudios europeos, Bolin et al⁹ evaluaron la relación entre cuidados formales e informales a partir del Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) y llegaron a tres conclusiones principales: 1) había una relación de sustitución entre cuidados formales e informales; 2) los cuidados informales se comportaban como complementarios de los cuidados médicos u hospitalarios; 3) había una mayor cultura de cuidadores informales en los países del sur de Europa respecto a los del norte. Sin embargo, no siempre se ha observado una correlación negativa entre ambos tipos de cuidados. Por ejemplo, algunos estudios^{10,11} han observado una relación de sustitución en el caso de tareas de cuidado básicas (tareas domésticas en el caso de Bonsang), pero cuidados formales e informales resultaban complementarios en las tareas más complejas o con mayor contenido tecnológico. Este mismo resultado a favor del modelo de complementariedad o especificidad de tareas también se ha constatado en España¹².

Desde el punto de vista de las políticas de cuidados de largo plazo, se observa un gran interés por conocer qué relación hay entre gastos sociales y sanitarios y cuidados informales. Respecto a los costes sanitarios, Van Houtven y Norton¹³ han estudiado la relación entre los gastos de Medicare y las características del cuidador y del receptor de los cuidados, a partir de datos del Standard Analytic Files of Medicare Claims (SAMFAC) y de AHEAD. Constataron que mientras los cuidados proporcionados por los hijos eran menos efectivos cuando el receptor estaba casado, suponían un importante ahorro de gastos de Medicare si la persona dependiente no estaba casada. Sorprendentemente, el sexo de la persona cuidadora no resultó una variable relevante.

En referencia al impacto de un mayor gasto social sobre el comportamiento de los cuidadores informales, tanto la evidencia para Canadá¹⁴ como para los países europeos a partir del Panel de Hogares Europeos¹⁵ muestra que, ante un aumento del gasto público en atención a domicilio en el primer caso, y en cuidados a domicilio y residenciales en el segundo, se produciría una disminución de los cuidados informales, aunque en Europa sólo sería significativo para los cuidadores no corresponsables con la persona dependiente. Por último, Muramatsu et al¹⁶, utilizando datos del Health and Retirement Study (1995-2002), compararon la tasa de institucionalización entre distintos estados americanos en función de la disponibilidad de cuidadores y de las características demográficas. Observaron que una mayor cobertura de atención a domicilio disminuía la probabilidad de ingresar en una residencia entre los ancianos que no tenían hijos, aunque el efecto no era significativo entre los que sí los tenían.

En este trabajo se estudia la relación entre cuidados personales formales e informales para la población dependiente de un conjunto de países europeos. Para ello se utilizan datos del Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe correspondientes al año 2004 y se estima un modelo probit bivariado. A diferencia de otros estudios, no sólo se tienen en cuenta características sociodemográficas, de salud y del entorno del individuo receptor de cuidados, sino que también se consideran las características institucionales de los sistemas de cuidados de largo plazo (porcentaje de gasto público con respecto al PIB, prestaciones económicas para el cuidador, obligación legal de los hijos o sistema universal, entre otros factores potencialmente relevantes). Los resultados muestran la relevancia de las variables de salud y del régimen de convivencia a la hora de definir la combinación de cuidados formales e informales. Por otra parte, detectamos importantes diferencias en la probabilidad de utilización de ambos tipos de cuidados entre países europeos, y destaca la relevancia de los cuidados informales en España en comparación con otros países. Las personas dependientes residentes en sus hogares de los países que han optado por un mayor uso de los cuidados formales, o en aquellos donde la población responsabiliza al estado en mayor medida de la atención de las personas dependientes, tienen una mayor probabilidad de recibir cuidados formales y una menor probabilidad de recibir cuidados informales.

Características de los sistemas de cuidados de largo plazo

A la hora de explicar la organización de los sistemas de cuidados de largo plazo, la clasificación de Esping-Andersen¹⁷ utiliza el concepto de «modelos» o «régimenes» de bienestar con el objeto de clasificar la distribución o la ordenación entre los tres proveedores de bienestar (estado, mercado y familia), distinguiendo tres régimenes diferentes: el liberal, el conservador y el social-demócrata. Posteriormente, Arts y Gelissen¹⁸ incorporaron el régimen familiar o mediterráneo. Aunque pueda resultar difícil encuadrar a cada país dentro de un determinado modelo o patrón, es innegable que los factores institucionales constituyen un determinante primordial de la utilización de cuidados formales e informales¹⁹.

Los sistemas de corte liberal se basan en el mercado y en la responsabilidad personal. El ahorro individual y el aseguramiento privado se encuentran en el núcleo de este sistema, y a su vez son fomentados por el estado mediante deducciones fiscales y subsidios. El papel del estado es meramente residual, y los servicios por él proporcionados sólo confieren una red mínima de seguridad. Puesto que el grado de bienestar durante la jubilación depende de la contratación de planes de pensiones privados, el nivel de ingresos y la acumulación de activos, este régimen enfatiza el empleo y las tasas de ocupación se mantienen bastante altas en la cohorte de 55 y más años de edad. El sector privado es el principal proveedor de cuidados para personas dependientes, puesto que la cobertura

de riesgos descansa en la responsabilidad individual y la asistencia pública sólo se aplica en caso de insolvencia o de falta de apoyo familiar.

Los sistemas de corte conservador tienen como filosofía preservar la distribución resultante del mercado y proporcionar estabilidad económica al trabajador en función de sus anteriores ingresos. En cierto sentido, este modelo no estimula la participación de la mujer en el mercado de trabajo, puesto que el cónyuge y los hijos son beneficiarios con tal de que lo sea el sustentador principal del hogar. La protección durante la tercera edad se basa en un sistema de aseguramiento obligatorio para los empleados (y a menudo también para los trabajadores autónomos). Por esta razón, es un sistema que ofrece una buena cobertura a los trabajadores *insiders*, pero no a los *outsiders*. La cuantía de las pensiones de jubilación depende de los ingresos, de las contribuciones y del tiempo de cotización. Por su parte, el riesgo de dependencia se encuentra cubierto por una contribución social obligatoria independiente de la anterior, o por un incremento de las contribuciones existentes.

Los sistemas de corte social-democrático se basan en los principios de igualdad y universalidad. El estado garantiza una alta calidad de vida, mediante transferencias y servicios públicos que son financiados a través de impuestos. Al asumir el estado la responsabilidad de suministrar los servicios de atención a niños y mayores, se instaaura un modelo de cuidados extrafamiliar caracterizado por una gran participación femenina en el mercado de trabajo. La cobertura durante la jubilación se fundamenta en un sistema híbrido: un sistema universal que proporciona prestaciones fijas y unos sistemas obligatorios de contribución en función de los ingresos. La tasa de participación de los trabajadores de 55 y más años de edad suele ser elevada debido a la implementación de políticas de aprendizaje a lo largo de la vida, prevención y adaptación del puesto de trabajo. Los cuidados a la dependencia son provistos por las autoridades públicas locales, lo que permite también una importante creación de empleo relacionado con la salud y los servicios sociales.

Por último, los países mediterráneos se fundamentan en que es el núcleo familiar el que proporciona gran parte de los servicios sociales (cuidado de niños, personas mayores o discapacitados). Aunque este modelo inicialmente se definió para encuadrar a los países del sur de Europa (cuyas características no encajaban dentro del modelo conservador), actualmente se ha ampliado y puede englobar también a los países del este de Europa. Los servicios de cuidados públicos o privados están poco desarrollados, por lo que la solidaridad entre familiares actúa como sustituto en la provisión de cuidados, preferentemente gracias al trabajo no remunerado del cuidador informal (que suele ser una mujer). La situación durante la jubilación se encuentra bastante fragmentada: buena para los trabajadores a tiempo completo, pero menos favorable para los trabajadores autónomos (muchas veces por elección propia) y temporales. La provisión de cuidados a personas mayores suele descansar en un modelo de convivencia entre el cuidador y la persona dependiente.

Es preciso señalar que los cuatro sistemas mencionados son modelos «puros», por lo que es posible que un país comparta características de dos modelos diferentes, y por otra parte estos modelos no son estáticos sino que evolucionan en función de las condiciones sociodemográficas o las restricciones presupuestarias. Por lo tanto, es factible observar una transición entre modelos¹⁷. Por ejemplo, en los últimos años son numerosas las iniciativas que promueven un aumento de la libertad del beneficiario y un crecimiento en el sector de los servicios de cuidados de largo plazo, lo que puede interpretarse como un cambio de orientación desde un modelo más conservador a otro más social-democrático. En los Países Bajos se introdujo en 2001 el *Persoongebonden Budget* (presupuesto personal), que consiste en la asignación de una cantidad económica fija igual al 75% del coste del servicio proveído

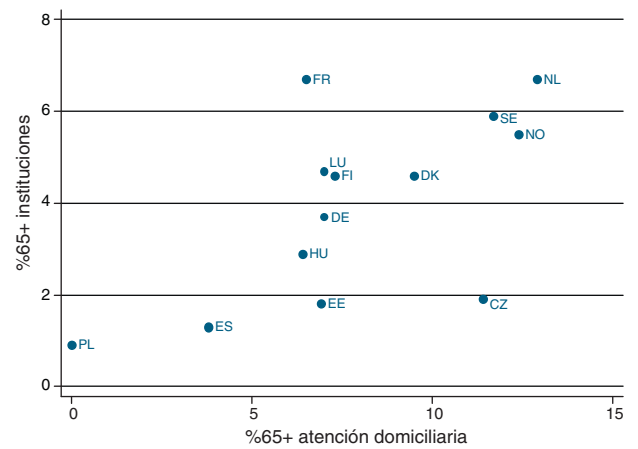


Figura 1. Relación entre el porcentaje de mayores de 65 años que reciben atención domiciliaria y el porcentaje de mayores de 65 años que se encuentran institucionalizados.

públicamente a la persona dependiente para que ella lo administre como quiera, contratando los servicios de un profesional o remunerando los cuidados de un familiar. Una iniciativa similar se emplea en Austria (*Pflegegeld*, 1993) y en Francia (*Allocation personnalisée à l'autonomie*, 2001).

La importancia de la cobertura pública de cuidados de larga duración varía considerablemente entre los países europeos. En 2007, mientras que en 15 países de la UE-27, entre ellos España, el gasto público en cuidados de larga duración representaba menos del 1% del PIB, en Suecia y Holanda superaba el 3% (tabla 1).

Todos los países europeos ofrecen cuidados en el hogar y plazas residenciales (tanto con carácter permanente como temporal, es decir, con la finalidad de constituir un respiro para el cuidador), aunque con distinta intensidad. La última columna de la tabla 1 muestra una amplia variabilidad de la población de 75 años de edad que se encuentra institucionalizada. No obstante, el hecho de que haya un mayor porcentaje de población institucionalizada no implica una menor utilización de la atención domiciliaria. En este sentido, la figura 1 muestra que, en líneas generales, aquellos países en que la atención domiciliaria es utilizada por un mayor número de personas son los mismos que cuentan con más personas institucionalizadas. También estos países son los que han optado por un mayor porcentaje de cuidados formales en comparación con los cuidados informales. Sin lugar a dudas, hay cierta relación entre las tasas de institucionalización y la obligación legal de la familia de responsabilizarse de la persona mayor dependiente; esta obligación no existe en Suecia, Países Bajos ni Dinamarca.

Al mismo tiempo, excepto en Bulgaria, Dinamarca, Hungría, Rumanía y Suecia, es posible escoger entre prestaciones en especie o en metálico para la contratación de servicios formales, y en algunos casos compensar a los cuidadores informales. Además de la prestación económica, algunos países ofrecen otro tipo de medidas para apoyar a los cuidadores informales. Por ejemplo, tanto en Francia (3 meses) como en Alemania (6 meses), el cuidador tiene derecho a una baja laboral temporal para proveer cuidados sin perder derechos de pensión de jubilación. En Dinamarca, cuando una persona que estaba trabajando cambia de domicilio para proporcionar cuidados a una persona dependiente, el ayuntamiento del municipio debe proporcionarle un nuevo empleo. En Grecia, los cónyuges de las personas con un grado de invalidez de al menos el 80% pueden jubilarse anticipadamente o con un número menor de años de cotización. En Finlandia, los cuidadores tienen derecho a 3 días de descanso al mes.

La cobertura de los servicios formales puede ser tanto universal como asistencial. En todos los países de la UE-27, excepto Italia,

Tabla 1
Indicadores utilizados para identificar los sistemas de provisión de cuidados de largo plazo

	Gasto público en cuidados de larga duración (% PIB), 2007	Prestaciones sociales con limitación de ingresos (<i>means-tested</i>) (% del total de prestaciones), 2008	Tasa de ocupación 15-64 años (%), 2008	% que posee su vivienda, 2001	Primas de seguro de vida (% PIB), 2005	Contribuciones sociales (% total ingresos de protección social), 2008	Contribuciones sociales (% PIB), 2005	Existencia de seguro social obligatorio de cuidados de largo plazo, 2008	Tasa de reemplazo agregada ^a , 2008	Gasto total en protección social a precios corrientes (% PIB), 2008	Empleo en sanidad y servicios sociales (% total empleo), 2007	Prestaciones en especie (% total prestaciones), 2008	Prestaciones en especie <i>means-tested</i> (como % total de prestaciones en especie), 2008	Tasa de ocupación femenina 15-64 años, 2008	Tasa de ocupación femenina 55-64 años, 2008	Proporción de personas mayores que viven solas, 2008	% población mayor de 75 años que está institucionalizada, 2001
Alemania	0,9	11,94	70,7	39,11	0,09	63,12	18,67	Sí	0,44	26,67	11,42	33,12	18,62	65,4	46,1	13	-
Austria	1,3	6,86	72,1	50,14	0,08	65,23	18,21	Sí	0,68	27,31	8,69	30,07	12,69	65,8	30,8	13,1	22,44
Bélgica	1,5	5,10	62,4	66,35	0,25	57,80	16,64	Sí	0,45	26,61	12,21	30,30	3,29	56,2	26,3	13,4	22,59
Bulgaria	0,2	4,74	64,0	69,90	-	53,94	8,91	No	0,34	14,95	4,97	32,49	4,27	59,5	37,7	11,9	1,27
Chipre	0,0	12,19	70,9	51,97	0,05	38,53	8,59	No	0,32	18,09	4,54	23,16	19,75	62,9	39,4	7,2	13,95
Dinamarca	1,7	3,19	77,9	-	0,09	32,17	10,78	No	0,41	28,89	18,04	42,23	7,54	73,9	50,1	14,1	7,64
Eslovaquia	0,2	4,66	62,3	65,69	0,04	67,54	11,85	No	0,54	15,51	6,53	36,71	2,22	54,6	24,2	13	6,76
Eslovenia	1,1	8,42	68,6	71,01	0,05	69,29	15,32	No	0,44	20,99	5,79	33,59	8,03	64,2	21,1	11,1	3,87
España	0,5	13,56	64,3	82,17	0,06	62,05	14,71	No	0,49	22,20	6,04	36,00	16,82	54,9	31,1	8,6	5,12
Estonia	0,1	0,43	69,8	67,76	0,02	80,78	12,02	No	0,45	14,88	5,45	30,71	0,49	66,3	60,3	15	5,73
Finlandia	1,8	4,19	71,1	58,09	0,06	49,56	14,64	No	0,49	25,50	15,03	39,27	4,22	69	55,8	13,8	7,63
Francia	1,4	14,21	64,9	45,41	0,21	64,55	19,97	Sí	0,66	29,29	12,31	35,03	15,64	60,4	35,9	13,4	19,80
Grecia	1,4	7,52	61,9	49,54	0,03	53,85	14,61	No	0,41	25,12	5,37	37,14	11,18	48,7	27,5	9,3	4,31
Hungría	0,3	5,45	56,7	84,22	0,04	60,18	14,78	No	0,61	22,28	6,68	32,47	11,10	50,6	25,7	12,3	5,19
Irlanda	0,8	25,19	67,6	77,42	0,17	41,49	9,70	No	0,49	20,85	10,26	43,90	21,37	60,2	41,1	9,7	19,41
Italia	1,7	6,54	58,7	57,01	0,15	56,16	15,79	No	0,51	26,49	6,82	27,40	8,86	47,2	24	14,8	6,17
Letonia	0,4	1,98	68,6	60,09	0	65,29	9,05	No	0,3	12,38	4,30	30,92	5,33	65,4	56,7	13	4,90
Lituania	0,5	1,66	64,3	83,34	0,01	61,63	10,01	No	0,44	15,70	6,55	31,46	3,55	61,8	47,8	13,8	3,25
Luxemburgo	1,4	2,99	63,4	66,59	1	49,98	11,39	Sí	0,58	19,78	10,02	30,27	4,34	55,1	29,3	10,2	29,19
Malta	1,0	13,80	55,3	-	0,08	57,98	10,96	No	0,45	18,64	7,27	30,19	10,47	37,4	12,5	10,4	-
Países Bajos	3,4	13,50	77,2	51,81	0,14	66,55	21,87	Sí	0,43	26,86	15,86	38,89	20,90	71,1	42,2	11,3	19,81
Polonia	0,4	4,27	59,2	61,97	0,04	42,83	8,10	No	0,56	18,21	5,73	21,50	4,22	52,4	20,7	13,3	2,88
Portugal	0,1	9,89	68,2	75,71	0,17	46,11	11,78	No	0,51	23,15	6,92	31,15	14,14	62,5	43,9	11,1	12,75
Reino Unido	0,8	15,98	71,5	-	0,27	43,85	10,83	No	0,43	22,73	12,01	43,06	22,37	65,8	49	14,8	-
Rep. Checa	0,2	2,10	66,6	46,85	0,04	79,47	15,26	No	0,51	18,13	6,81	32,50	1,06	57,6	34,4	11,9	8,14
Rumanía	0,0	4,82	59,0	93,20	0	54,96	7,24	No	0,49	14,07	4,22	28,87	1,81	52,5	34,4	12,2	0,82
Suecia	3,5	2,71	74,3	-	0,14	47,48	15,57	No	0,62	28,76	16,04	45,45	3,60	71,8	66,7	14,2	67,22

Fuente: European Commission and the Economic Policy Committee, 2009, y Eurostat Health Statistics.

^a Tasa de reemplazo agregada = ingreso pensiones personas 65-74 años / ingresos laborales personas 50-59 años.

Letonia, Lituania, Polonia, Reino Unido y Rumanía, el acceso a los servicios públicos, tanto de asistencia domiciliaria como residencial, se basa exclusivamente en criterios de renta. En Italia se tienen en cuenta no sólo los recursos económicos de la persona dependiente, sino también los del cónyuge, mientras que en Rumanía se comparan los ingresos del individuo más la renta imputada del alojamiento con el salario neto medio.

Esto no implica que no haya copago de los servicios. En la mayoría de los países donde existe copago, éste se calcula a partir de los ingresos y el grado de dependencia del receptor de la prestación. Sólo en unos pocos (España, Lituania) se tienen en cuenta también las propiedades inmobiliarias. En algunos países, la cuantía de los copagos puede llegar a ser bastante importante. En Austria, por ejemplo, los individuos reciben una prestación económica fija y deben complementar el 100% del coste restante, excepto en situaciones de falta de medios. En Bulgaria, varía entre el 30% y el 50% para los cuidados semirresidenciales y entre el 50% y el 80% para los cuidados residenciales. En Finlandia hay un copago máximo del 82%, con la condición de que al individuo le queden siempre 90€ al mes para gastos personales. En Eslovaquia se establece que el remanente del gasto para el paciente en caso de atención residencial debe ser al menos del 20%.

Métodos y datos

Modelo econométrico

En nuestra aplicación consideramos el problema de la determinación conjunta de cuidados formales e informales en el seno del hogar de la población no institucionalizada. En concreto, suponemos que:

$$CF_{ij}^* = X'_{ij}\beta_1 + \mu_{1j} + u_{1ij} \quad (1)$$

$$CI_{ij}^* = Z'_{ij}\beta_2 + \mu_{2j} + u_{2ij} \quad (2)$$

donde las variables latentes CF_i^* y CI_i^* denotan la propensión a recibir cuidados formales e informales, respectivamente. Los vectores X_{ij} y Z_{ij} representan las características observables que afectan a la probabilidad de recibir cuidados formales e informales, β_1 y β_2 son los vectores de coeficientes correspondientes, μ_{kj} , $k=1, 2$ capturan las diferencias entre países (denotados por j), y u_{1i} y u_{2i} son términos de error que suponemos distribuidos como una normal bivariada con $E[u_{1i}] = E[u_{2i}] = 0$, $Var[u_{1i}] = Var[u_{2i}] = 1$, $Cov[u_{1i}, u_{2i}] = \rho$. En algunas especificaciones, los efectos del país se sustituyen por el efecto de un conjunto de variables (P_{ij}) que representan sus características. Las variables dependientes son inobservables; sólo observamos las correspondientes decisiones asociadas: $CF_i = 1(CF_i^*)$ y $CI_i = 1(CI_i^*)$, donde cuidados formales (CF) y cuidados informales (CI) valen 1 si el individuo recibe cuidados formales e informales, respectivamente. La función de verosimilitud del problema²⁰ viene dada por:

$$\ln L = \sum_{i=1}^N \ln \Phi_2(q_{1i}(X'_{i1}\beta_1), q_{2i}(Z'_{i2}\beta_2); \rho^*) \quad (3)$$

$$q_{1i} = \begin{cases} 1 & \text{si } CF_i \neq 0 \\ -1 & \text{en otro caso} \end{cases}; \quad q_{2i} = \begin{cases} 1 & \text{si } CI_i \neq 0 \\ -1 & \text{en otro caso} \end{cases};$$

$$\rho^* = q_{1i}q_{2i}\rho$$

Las estimaciones consistentes de los parámetros que caracterizan el modelo se obtienen por máxima verosimilitud basándose en datos de la muestra del SHARE 2004, que describimos a continuación.

Muestra de datos

Los datos de este trabajo proceden de la primera ola (*wave 1*) del Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). La amplitud de las áreas tratadas en esta encuesta multidisciplinaria constituye una oportunidad única para explorar la recepción de cuidados formales e informales, y sus correlaciones. La recogida de información se realizó mediante entrevista personal en los hogares de personas de 50 y más años de edad, siguiendo las recomendaciones de muestreo de Börsch-Supan y Jürges²¹. Se dispone de información de los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Italia, Países Bajos y Suecia. El cuestionario del SHARE permite distinguir claramente entre cuidado formal recibido en el hogar de la persona con limitaciones, cuidado informal proporcionado por personas corresidentes y cuidado informal proporcionado por personas no corresidentes de la persona con discapacidad.

En primer lugar seleccionamos la población dependiente utilizando una definición lo más amplia posible. Así, consideramos que un individuo podría recibir cuidados personales de larga duración, y por tanto se encuentra en nuestra población de interés, si declara necesitar ayuda en al menos una actividad de la vida diaria (básica o instrumental) o presenta dificultades en las actividades de la vida diaria (andar 100 m, sentarse 2 horas, levantarse de una silla, subir escaleras, etc.). Esto representa entre un 30% y un 40% de la población de edad avanzada residente en hogares en Europa, y la prevalencia es mayor en las mujeres.

Con el objetivo de identificar la recepción de cuidados informales se utilizó la pregunta «¿hay alguna persona que viva en este hogar y que le haya ayudado durante los últimos 12 meses con cuidados personales (asearse, vestirse, levantarse de la cama)?». El entrevistador aclara que este tipo de ayuda debe haberse recibido por una necesidad de cuidados de largo plazo y no por un corto periodo de enfermedad. Cuando el entrevistado responde afirmativamente, se le requiere que señale cuál es la naturaleza de la relación con el proveedor de los cuidados (cónyuge, hijo/a, hijo/a político/a u otra). Por otro lado, la tipificación del cuidado informal por parte de personas no corresidentes se llevó a cabo utilizando varias preguntas. Primero se preguntaba al entrevistado «¿ha recibido usted o su cónyuge ayuda por parte de algún familiar no corresidente, amigo o vecino?». A continuación se le requería que especificara el vínculo con el proveedor de los cuidados y el tipo de cuidados recibidos: cuidados personales, tareas domésticas o ayuda con asuntos financieros. Este proceso se repetía hasta con tres cuidadores informales no corresidentes.

La codificación de la ayuda formal se realizó mediante una pregunta sobre si han recibido en su hogar alguna de las siguientes ayudas: cuidados profesionales de enfermería, empleado del hogar encargado de las tareas domésticas (que no puede realizar el entrevistado debido a problemas de salud) o servicio de comidas a domicilio.

En el análisis posterior nos centramos en la probabilidad de recibir cuidados personales, tanto formales como informales, por la población dependiente de una muestra de países representativa de las diferentes características institucionales comentadas anteriormente, aunque no se dispone de información sobre ningún país que tenga un sistema de cuidados de largo plazo basado en el mercado.

La **tabla 2** muestra el porcentaje de población dependiente no institucionalizada que recibe cuidados formales, informales y ambos en cada país, por sexo. El mayor porcentaje de encuestados que recibe ayuda informal corresponde a España (17,22%) e Italia (14,16%), y el mayor porcentaje de receptores de cuidados formales se encuentra en Francia (18,85%) y Bélgica (13,42%). Además, Francia es el país con el mayor porcentaje de personas que reciben ambos tipos de cuidados (4,05%).

Tabla 2
Porcentaje de población que recibe cuidados

	Todos			Hombres			Mujeres		
	Formal	Informal	Formal e informal	Formal	Informal	Formal e informal	Formal	Informal	Formal e informal
Alemania	2,05	9,82	1,46	1,40	9,46	1,24	2,49	10,06	1,61
Austria	4,21	11,03	1,89	3,67	10,64	1,68	4,51	11,25	2,00
Bélgica	13,42	9,81	3,66	10,21	9,86	2,82	15,35	9,79	4,17
Dinamarca	7,91	6,26	1,50	6,15	5,97	1,49	8,93	6,42	1,50
España	5,52	17,22	3,26	6,29	18,88	3,73	5,12	16,36	3,01
Francia	18,85	8,89	4,05	20,72	11,30	5,46	17,85	7,62	3,31
Italia	2,33	14,16	1,34	2,02	11,98	0,80	2,51	15,46	1,66
Países Bajos	4,35	7,31	1,42	2,16	7,05	1,07	5,67	7,46	1,62
Suecia	1,82	7,19	0,65	1,92	9,28	0,95	1,77	5,92	0,46

Fuente: elaboración propia a partir de SHARE (2004).

Las características sociodemográficas que pueden estar relacionadas con la naturaleza de los cuidados recibidos se introducen como variables de control (grupo de edad, nivel educativo, estado civil), y su distribución se muestra en la tabla 3. En primer lugar, se observa una mayor proporción de mujeres en todos los países, que varía entre un 58,9% en Alemania y un 65,6% en España. La distribución de edades también varía entre países, y la población dependiente no institucionalizada española es la más envejecida, con una edad media de 69,5 años frente a los 66,2 años de la población holandesa. Al mismo tiempo, la proporción de la población dependiente en España con más de 90 años de edad (3,2%) duplica a la de países como Austria, Alemania, Países Bajos, Italia o Bélgica. Esta diferencia puede deberse en mayor medida a las diferencias en las tasas de institucionalización entre países.

La influencia del modelo de atención a la dependencia en las características de la población dependiente queda también patente

en el régimen de convivencia elegido. Mientras sólo el 14% de la población dependiente vive sola en España o Italia, esta representa el 40% en Dinamarca. Por otro lado, el 16% en España y el 11% en Italia viven con la familia, frente a sólo un 2% en Países Bajos, Suecia y Dinamarca, que son los tres países de la muestra que presentan un sistema de atención a la dependencia más desarrollado. Incluimos también dos variables dicotómicas para recoger si la persona dependiente tiene al menos una hija (hija) o al menos un hijo (hijo). No hay diferencias en estas variables entre los países.

El estado de salud del receptor de cuidados también se considera como una variable de control, puesto que influye en la naturaleza de los acuerdos de recepción de cuidados. Se utilizan dos indicadores. La variable PADL (*personal activities of daily living*) mide el número de dificultades en seis actividades básicas de la vida diaria (vestirse, bañarse, asearse, comer, levantarse/acostarse de la cama y desplazarse por la habitación). La variable IADL (*instrumental activities of*

Tabla 3
Media de las variables explicativas, por país

	Austria	Alemania	Suecia	Países Bajos	España	Italia	Francia	Dinamarca	Bélgica
<i>Sin PADL</i>	0,829	0,837	0,810	0,832	0,765	0,802	0,763	0,769	0,768
1 PADL	0,090	0,083	0,096	0,092	0,110	0,090	0,137	0,136	0,132
2 PADL	0,039	0,036	0,046	0,029	0,049	0,040	0,060	0,043	0,051
3 o más PADL	0,042	0,045	0,049	0,048	0,076	0,068	0,041	0,052	0,048
<i>Sin IADL</i>	0,677	0,750	0,682	0,664	0,577	0,736	0,673	0,611	0,645
1 IADL	0,173	0,139	0,176	0,205	0,240	0,118	0,159	0,195	0,201
2 IADL	0,066	0,050	0,067	0,060	0,065	0,050	0,060	0,083	0,065
3 o más IADL	0,084	0,062	0,075	0,071	0,118	0,095	0,109	0,112	0,089
<i>Número limitaciones</i>	2,878	2,648	2,641	2,667	3,710	3,070	2,889	2,735	2,809
<i>Enfermedad crónica grave</i>	0,252	0,305	0,376	0,353	0,296	0,329	0,357	0,398	0,351
<i>Enfermedad crónica no grave</i>	0,731	0,737	0,691	0,665	0,844	0,804	0,785	0,776	0,770
<i>Mujer</i>	0,641	0,589	0,618	0,625	0,656	0,623	0,648	0,632	0,616
<i>Edad 50-59 años</i>	0,237	0,236	0,251	0,345	0,207	0,240	0,258	0,282	0,286
<i>Edad 60-69 años</i>	0,375	0,375	0,291	0,287	0,291	0,365	0,241	0,261	0,271
<i>Edad 70-79 años</i>	0,251	0,273	0,272	0,233	0,317	0,281	0,311	0,268	0,280
<i>Edad 80-89 años</i>	0,120	0,100	0,159	0,118	0,154	0,100	0,161	0,164	0,145
<i>Edad ≥90 años</i>	0,018	0,017	0,027	0,016	0,032	0,014	0,029	0,027	0,017
<i>Educación</i>									
<i>Sin estudios</i>	0,002	0,017	0,009	0,017	0,273	0,059	0,266	0,001	0,031
<i>Primaria</i>	0,390	0,226	0,620	0,650	0,642	0,781	0,386	0,360	0,552
<i>Secundaria</i>	0,434	0,569	0,225	0,199	0,050	0,124	0,232	0,411	0,242
<i>Terciaria</i>	0,175	0,188	0,146	0,134	0,035	0,036	0,116	0,227	0,176
<i>Vive solo</i>	0,356	0,213	0,265	0,229	0,140	0,147	0,305	0,409	0,261
<i>Vive en familia</i>	0,078	0,044	0,021	0,020	0,164	0,106	0,074	0,020	0,058
<i>Vive con pareja</i>	0,566	0,743	0,714	0,751	0,696	0,747	0,621	0,571	0,682
<i>Cuidador: hija</i>	0,483	0,443	0,498	0,485	0,549	0,489	0,472	0,522	0,457
<i>Cuidador: hijo</i>	0,494	0,443	0,497	0,495	0,559	0,495	0,468	0,500	0,459

Fuente: elaboración propia a partir de SHARE (2004).

PADL: dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria (vestirse, bañarse, asearse, comer, levantarse/acostarse de la cama y desplazarse por la habitación); IADL: dificultades para realizar seis actividades instrumentales de la vida diaria (preparar una comida caliente, llamar por teléfono, tomar la medicación, hacer tareas domésticas, comprar [comida], administrar el dinero).

Tabla 4
Efectos marginales de la estimación del probit bivariado para cuidados formales e informales

	Hombres			Mujeres		
	Formal e informal	Formal	Informal	Formal e informal	Formal	Informal
<i>PADL</i>						
1 PADL	0,016	0,014	0,126 ^c	0,018	0,031 ^c	0,101 ^c
2 PADL	0,033	0,047 ^b	0,179 ^c	0,042	0,078 ^c	0,174 ^c
3 o más PADL	0,049	0,066 ^c	0,249 ^c	0,061	0,100 ^c	0,238 ^c
<i>IADL</i>						
1 IADL	0,008	0,023 ^b	0,027 ^b	0,006	0,019 ^a	0,022 ^c
2 IADL	0,015	0,028 ^b	0,077 ^c	0,011	0,021	0,051 ^c
3 o más IADL	0,029	0,061 ^c	0,106 ^c	0,030	0,077 ^c	0,090 ^c
Número de limitaciones	0,005	0,013 ^c	0,020 ^c	0,004	0,012 ^c	0,016 ^c
Enfermedad crónica grave	0,006	0,012 ^a	0,021 ^a	0,009	0,029 ^c	0,016 ^c
Enfermedad crónica no grave	-0,003	-0,004	-0,010	0,003	0,010	0,003
<i>Edad</i>						
60-69 años	0,000	0,004	-0,005	0,001	0,014 ^b	-0,015
70-79 años	0,005	0,015 ^a	0,011	0,006	0,024 ^b	0,008
80-89 años	0,011	0,027 ^b	0,027 ^a	0,012	0,039 ^b	0,021
≥ 90 años	0,022	0,110 ^c	-0,003	0,028	0,070 ^c	0,069 ^a
<i>Educación</i>						
Primaria	-0,007	-0,012	-0,032 ^a	-0,002	-0,005	-0,008
Secundaria	-0,006	-0,009	-0,030	-0,004	-0,010	-0,012 ^a
Terciaria	-0,010	-0,019	-0,042 ^b	-0,006	-0,012	-0,023 ^b
<i>Convivencia</i>						
Familia	0,007	-0,019	0,088 ^c	0,010	-0,030 ^a	0,101 ^c
Pareja	0,012	-0,001	0,072 ^c	0,006	-0,028 ^c	0,060 ^c
<i>Tercil de renta</i>						
Renta 33%-66%	0,001	-0,001	0,006	0,002	0,004	0,008
Renta >66%	0,004	0,010	0,012	0,009	0,019 ^a	0,028 ^c
<i>Cuidador</i>						
Hija	-0,002	0,001	-0,015 ^a	0,004	0,000	0,024 ^b
Hijo	0,004	0,012 ^a	0,006	-0,001	0,005	-0,014 ^b
<i>País</i>						
Italia	-0,012	-0,024 ^b	-0,024	-0,007	-0,020 ^c	0,019 ^c
Países Bajos	-0,009	-0,015	-0,048 ^b	0,007	0,035 ^c	-0,020 ^c
Suecia	-0,011	-0,022 ^b	-0,038 ^b	-0,006	-0,010 ^b	-0,032 ^c
Dinamarca	-0,004	0,012	-0,068 ^b	0,012	0,055 ^c	-0,021 ^c
Alemania	-0,014	-0,028 ^b	-0,024	-0,006	-0,015 ^c	0,002
Austria	-0,003	-0,006	-0,013	0,005	0,009 ^a	0,023 ^c
Francia	0,022	0,138 ^c	-0,050 ^b	0,022	0,133 ^c	-0,029 ^c
Bélgica	0,014	0,062 ^c	-0,031 ^a	0,023	0,107 ^c	-0,013 ^c
Observaciones	4386			7359		
Rho	0,256 ^c			0,253 ^c		
AIC	3675,83			6524,33		

PADL: dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria (vestirse, bañarse, afeitarse, comer, levantarse/acostarse de la cama y desplazarse por la habitación); IADL: dificultades para realizar seis actividades instrumentales de la vida diaria (preparar una comida caliente, llamar por teléfono, tomar la medicación, hacer tareas domésticas, comprar [comida], administrar el dinero); AIC: Akaike Information Criterion.

Variables omitidas: menos de 60 años, sin estudios primarios, vive solo, renta <33%, cuidador cónyuge/pareja, país España.

Nota: los efectos marginales miden el efecto medio del cambio de las variables explicativas de 0 a 1, excepto para la variable continua número de limitaciones, para la que mide el efecto del cambio de 0 a 2 (valor mediano).

Significatividad no mostrada para la probabilidad conjunta, porque ésta proviene de la significatividad de los coeficientes del modelo probit bivariado.

^a Significativo al 10%.

^b Significativo al 5%.

^c Significativo al 1%.

daily living) se refiere a las dificultades para realizar seis actividades instrumentales de la vida diaria (preparar una comida caliente, llamar por teléfono, tomar la medicación, hacer tareas domésticas, comprar [comida], administrar el dinero). En ambos casos se definen cuatro variables binarias que se refieren a padecer ninguna, una, dos o más de tres discapacidades ADL o IADL. España es el país donde las personas dependientes no institucionalizadas presentan una mayor gravedad según el menor porcentaje que reportan no tener PADL e IADL, el mayor porcentaje que dicen tener tres o más PADL o IADL, así como el mayor número de limitaciones medias.

Se considera también la presencia de alguna enfermedad crónica grave (ataque al corazón, derrame cerebral u otra enfermedad

cardiovascular, enfermedad crónica pulmonar, cáncer o tumor maligno, y Parkinson) o no grave (presión arterial alta, colesterol alto, diabetes, asma, artritis, osteoporosis, úlcera, cataratas, fractura de cadera o de fémur). Entre el 25% de la población dependiente en Austria y el 40% en Dinamarca declaran padecer una enfermedad crónica grave, mientras que al menos el 70% de la población dependiente de todos los países declara padecer una enfermedad crónica no grave (en España el 84%).

Resultados

Los resultados de la [tabla 4](#) muestran los efectos marginales (los resultados detallados de la estimación se encuentran disponibles

solicitándolos a los autores) obtenidos del modelo bivariado, antes comentado, sobre la probabilidad de recibir cuidados formales e informales por separado o conjuntamente, para hombres y mujeres, en una serie representativa de países europeos. En ambos casos se observa una correlación positiva y significativa entre los cuidados formales y los informales. Por lo tanto, y en línea con otros trabajos de la literatura^{11,12}, hay evidencia de que los cuidados formales e informales resultan complementarios en los cuidados personales de larga duración, que se caracterizan por ser tareas más complejas o con mayor contenido tecnológico.

La probabilidad de recibir cuidados formales o informales se incrementa con el número de PADL y de IADL, aunque la magnitud del efecto es entre 1,5 y 4 veces superior cuando se padecen PADL, tanto en hombres como en mujeres. Respecto al resto de las variables de estado de salud, al incrementarse el número de limitaciones aumenta la probabilidad de recibir cuidados formales e informales en la misma proporción, y sólo la presencia de enfermedades crónicas graves eleva la probabilidad de recibir cuidados formales, informales y ambos. Por otro lado, cuanto mayor es la edad del individuo mayor es la probabilidad de recibir cuidados formales o informales.

Cuando la persona vive con la familia o el cónyuge siempre aumenta la probabilidad de recibir cuidados informales, pero sólo disminuye la probabilidad de cuidados formales en el caso de las mujeres. La presencia de al menos una hija incrementa en 2,5 puntos porcentuales la probabilidad de recibir cuidados informales entre las mujeres, mientras que tener al menos un hijo la disminuye en 1,5 puntos porcentuales. En ningún caso la presencia de descendientes varía la probabilidad de recibir cuidados formales para las mujeres dependientes. No obstante, si el hombre dependiente tiene al menos un hijo, la probabilidad de que reciba cuidados formales se incrementa en 1,2 puntos porcentuales, mientras que se reduce en 1,5 puntos porcentuales la probabilidad de recibir cuidados informales en el caso de tener una hija. Esta disminución en la probabilidad de recibir cuidados informales cuando el cuidador y el dependiente no son del mismo sexo puede estar relacionada con una menor sensación de confianza o de intimidad a la hora de recibir cuidados o comentar problemas²².

En relación al nivel de estudios, no resulta significativo para los cuidados formales, pero sí ejerce un efecto significativo y negativo sobre los cuidados informales (sobre todo cuando se han finalizado estudios superiores). Además, para las mujeres, el efecto de la renta es similar al del nivel de estudios. La probabilidad de que una mujer dependiente reciba cuidados formales es 1,9 puntos porcentuales superior si la renta de su hogar se sitúa en el tercil más alto de la distribución de renta de su país, respecto a las que se encuentran en el tercil más bajo, y la probabilidad de que reciba cuidados informales es 2,8 puntos porcentuales superior. No encontramos diferencias significativas entre los niveles de renta inferiores, ni entre todos los grupos de renta de los hombres.

La probabilidad de recibir cuidados informales es mayor en España para el caso de los hombres. De hecho, los hombres dependientes residentes en Dinamarca tienen una probabilidad de recibir cuidados informales 6,8 puntos porcentuales inferior en comparación con los residentes en España. Para el caso de las mujeres, España ocupa el tercer lugar, por detrás de Austria e Italia. También resulta llamativo que la diferencia en la probabilidad de recibir cuidados informales entre España y otros países sea siempre mayor para las mujeres.

En cuanto al análisis de las diferencias en la probabilidad de recibir cuidados formales, resulta sorprendente que sólo en tres países (Dinamarca, Francia y Bélgica) la probabilidad de recibirlos sea superior a la de España, e incluso sea menor en Alemania y Suecia tanto en hombres como en mujeres. Este resultado podría deberse, al menos en parte, a las diferentes tasas de

institucionalización en los países europeos. De este modo, si la población dependiente en Suecia con necesidad de cuidados personales es más proclive a institucionalizarse, podríamos observar una menor probabilidad de recibir cuidados formales de la población residente en hogares en comparación con la población dependiente residente en España. La inclusión de población institucionalizada en las futuras oleadas del SHARE permitirá contrastar esta hipótesis.

Con el objetivo de estudiar en qué medida diferentes características institucionales se asocian con distintas combinaciones de cuidados formales e informales se han introducido, en diferentes fases del análisis, siete variables relativas a las características de los sistemas de cuidados de largo plazo: 1) porcentaje de gasto público en cuidados de largo plazo con respecto al PIB; 2) «seguro»: variable binaria que toma el valor 1 para los países con sistema de seguro social para la dependencia (Alemania, Austria y Países Bajos); 3) «universal»: variable binaria que toma el valor 1 para los países con cobertura universal (Dinamarca y Suecia); 4) porcentaje de personas de 65 y más años de edad que viven en residencias; 5) «obligación legal»: variable binaria que toma el valor 1 si los hijos están obligados a cuidar de sus padres (existe esta responsabilidad en Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, e Italia); 6) «responsabilidad del estado»: porcentaje de personas del SHARE que defendieron la responsabilidad del estado como proveedor de cuidados de largo plazo (que oscila entre el 21,1% para Italia y el 66,6% para Suecia); y 7) «ayuda al cuidador informal», que toma valor 1 si los cuidadores informales reciben algún tipo de compensación económica, bien por parte del estado o a través de la persona dependiente, quien puede destinar la prestación económica a compensar los cuidados informales (Alemania, Austria, Países Bajos, Dinamarca, Suecia y España)²³. Cabe reseñar que la inclusión de las diferentes variables institucionales en ningún caso altera la magnitud de los efectos de las otras variables. (Los resultados detallados del proceso de introducción de variables se encuentran disponibles previa petición a los autores.)

La **tabla 5** muestra los efectos marginales de las variables institucionales. En relación al gasto público como porcentaje del PIB, se observa que parece estar asociado a una menor utilización de cuidados formales, aunque su significatividad depende de la inclusión o no de otras variables institucionales. En segundo lugar, cuanto mayor es el porcentaje de la población mayor de 65 años que se encuentra institucionalizada, mayor es la probabilidad de que el individuo reciba cuidados formales y menor la de que reciba cuidados informales. Este resultado refuerza la evidencia mostrada en la **figura 1**. Además, cuanto mayor es el porcentaje de entrevistados que defendieron la responsabilidad del estado como proveedor de cuidados de largo plazo, mayor es la probabilidad de recibir cuidados formales (y sólo de forma parcialmente significativa disminuye la probabilidad de cuidados informales para las mujeres).

El hecho de que los cuidadores informales puedan recibir una compensación económica no aumenta la probabilidad de recibir cuidados informales, pero disminuye la probabilidad de cuidados formales en el caso de las mujeres. Si bien la falta de validez causal de este resultado no nos permite concluir la no efectividad de tales medidas, sí sugiere que sería necesaria una evaluación formal de los efectos de estas ayudas económicas. Si resultase cierto que no estimulan la provisión de cuidados informales, cabría pensar en otras motivaciones de índole afectiva o moral. Por otra parte, es posible que los cuidadores precisen otra clase de ayudas que no sean económicas, tales como servicios de respiro, programas de formación de cuidadores o recepción de apoyo psicológico. Sin lugar a dudas, la validez de estas conclusiones estará siempre sujeta al contexto familiar e institucional en que se encuentren el cuidador y la persona dependiente.

Tabla 5
Efectos marginales de las variables institucionales en dos modelos representativos

	Hombres			Mujeres		
	Formal e informal	Formal	Informal	Formal e informal	Formal	Informal
<i>Modelo 1</i>						
% gasto público	-0,007	-0,025 ^c	-0,001	-0,006	-0,025 ^b	0,001
Seguro	-0,005	-0,022 ^a	0,014	0,001	-0,010	0,026 ^b
Universal	-0,007	-0,021	-0,013	-0,006	-0,017	-0,017 ^b
% 65 y más años en residencias	0,005	0,023 ^c	-0,005 ^b	0,005	0,030 ^c	-0,006 ^c
<i>Observaciones</i>	4386			7359		
<i>Rho</i>	0,246 ^c			0,249 ^c		
<i>AIC</i>	3689,51			6456,33		
<i>Modelo 2</i>						
Ayuda informal	0,006	0,020	0,009	0,004	0,022 ^b	-0,006
Obligación legal	0,033	0,153 ^c	0,006	0,024	0,131 ^c	-0,011
Responsabilidad del Estado	0,001	0,003 ^c	0,000	0,001	0,003 ^c	-0,001 ^a
% 65 y más años en residencias	0,001	0,006 ^a	-0,001	0,003	0,015 ^c	-0,003 ^b
<i>Observaciones</i>	4386			7359		
<i>Rho</i>	0,256 ^c			0,254 ^c		
<i>AIC</i>	3.673,40			6.456,84		

AIC: Akaike Information Criterion.

Nota: Los efectos marginales de las variables gasto, % 65 años y más en residencias y responsabilidad del estado miden el incremento en la probabilidad de aumentarlas mismas en un punto porcentual.

^a Significativo al 10%.

^b Significativo al 5%.

^c Significativo al 1%.

La probabilidad de recibir cuidados informales en el caso de las mujeres es mayor en los países con un seguro social de dependencia (Austria, Alemania y Países Bajos). En Austria y Alemania, la persona dependiente recibe una transferencia económica fija que depende de la gravedad del estado de salud, y el individuo o su familia tienen que complementar hasta la totalidad del coste total de los servicios formales, excepto en situaciones de necesidad asistencial. Este sistema incentiva la sustitución de al menos parte de los cuidados formales por horas de cuidados informales.

Por último, cuando la familia es responsable legal de la atención a las personas dependientes, se aprecia un incremento muy considerable en la probabilidad de recibir cuidados formales, pero no en la probabilidad de cuidados informales. Este resultado robustece la evidencia anterior de que ni las motivaciones legales ni las económicas son las que mueven al individuo a convertirse en cuidador informal. Y el hecho de que no se haya obtenido un efecto significativo sobre los cuidados informales, pero sí sobre los cuidados formales, hace suponer que cuando la familia no desea proveer voluntariamente cuidados informales, pero se ve obligada a cuidar a un familiar dependiente, busca o solicita con mayor intensidad la recepción de cuidados formales. Sería interesante poder disponer de datos suficientes que permitieran relacionar esta demanda de cuidados formales con el mayor desarrollo de los proveedores privados en algunos de estos países (p. ej., en Alemania, donde el 22,6% de los cuidados formales recibidos son de carácter privado).

Conclusiones

En este trabajo hemos revisado las características de los sistemas de atención a la dependencia de los diferentes países europeos, y hemos estudiado los determinantes, en un modelo conjunto, de la decisión de recibir cuidados formales y cuidados informales de atención personal por parte de la población dependiente en un conjunto representativo de países.

Los resultados muestran que la existencia de necesidad medida según distintas variables de estado de salud es el principal determinante de la utilización de cuidados formales e informales, y que las medidas socioeconómicas (educación y renta)

desempeñan un papel secundario. No obstante, tras controlar por estado de salud, estado socioeconómico y régimen de convivencia, se observan diferencias significativas en la probabilidad de recibir cuidados entre los diferentes países europeos. Cabe destacar la mayor probabilidad de recibir cuidados informales de la población dependiente española en comparación con la de otros países.

Una primera exploración de la importancia de las diferentes características institucionales permite destacar el efecto del modelo cultural y social de atención a la dependencia existente. Las variables institucionales que más aumentan la probabilidad de recibir cuidados formales son la obligación legal de atender a familiares dependientes y el porcentaje de institucionalización. Estos resultados apuntan a la existencia de cierta complementariedad entre cuidados formales dentro y fuera del domicilio. Por tanto, a la hora de intentar modular el gasto en dependencia y evitar un excesivo uso de la atención residencial, habría que prestar mayor atención al diseño de fórmulas que permitieran aliviar al cuidador y permitir a la persona dependiente continuar viviendo en su domicilio en condiciones médicamente óptimas.

Pero no sólo hay que considerar el envejecimiento de la población desde la óptica del incremento potencial de la población dependiente, sino que también hay que ser conscientes del aumento en la edad media de los cuidadores informales. Por consiguiente, si las políticas públicas de cuidados a la dependencia van a seguir «confiando» en el contingente de cuidadores informales para evitar un excesivo crecimiento del gasto en servicios sociales, deben anticipar estrategias de cuidados al cuidador. Además, deben racionalizar dichas intervenciones como una inversión que garantice un continuo de cuidados «informales + formales» y un menor menoscabo en la salud del cuidador informal, puesto que él mismo se convierte en un potencial dependiente.

Nuestros resultados serían aún de mayor utilidad si se dispusiera de información simultánea sobre la población institucionalizada, lo que permitiría un análisis conjunto de los tres tipos de cuidados posibles, o si dispusiéramos de información sobre horas de cuidado¹² y pudiésemos estudiar las implicaciones de la elección del tipo de cuidado sobre las horas recibidas.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En un contexto de profundos cambios demográficos y sociales, las políticas públicas de cuidados de largo plazo no pueden ser ajenas a la interacción de cuidados formales e informales. La evidencia previa sugiere que hay una relación de sustitución entre los cuidados formales e informales en el caso de las tareas de cuidado básicas, pero cuidados formales e informales resultan complementarios para las tareas más complejas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

En los países en que la familia es la responsable legal de la atención a las personas dependientes se observa un aumento en la probabilidad de recibir cuidados formales, mientras que el hecho de que los cuidadores informales reciban una contraprestación económica no implica un incremento en la probabilidad de recibir cuidados informales. Las políticas de cuidados de largo plazo deben considerar que, muchas veces, el cuidador informal no se rige por motivaciones legales ni económicas. En este escenario, los cuidados formales no deben sustituir, pero sí coadyuvar y aliviar, a los cuidadores informales.

SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th framework programme (SHARE-PREP, 211909 and SHARE-LEAP, 227822). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OCHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org for a full list of funding institutions).

Bibliografía

1. OECD. Long-term care for older people. The OECD Health Project. OECD Publishing; 2005, 140 p.
2. Grammenos S. Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care. En: Final Report to the European Commission. Centre for European Social and Economic Policy; 2005. N° SI2.396079.
3. Kinsella D, Velkoff V. An ageing world: 2001. Washington, DC: U.S. Government Printing Office U.S.; 2001. Census Bureau Series P95/01-1.
4. Costa-Font J, Rovira-Forns J. Who is willing to pay for long-term care insurance in Catalonia? Health Policy. 2008;86:72-84.
5. Spillman B, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. New Engl J Med. 2000;342:1409-15.
6. Jöel M, Dufour-Kippelen S. Financing systems of care for older persons in Europe. Aging-Clin Exp Res. 2002;14:293-9.
7. Van Houtven C, Norton E. Informal care and elderly health care use. J Health Econ. 2004;23:1159-80.
8. Charles K, Sevak P. Can family caregiving substitute for nursing home care? J Health Econ. 2005;24:1174-90.
9. Bolin K, Lindgren B, Lundborg P. Informal and formal care among single-living elderly in Europe. Health Econ. 2008;17:393-409.
10. Mentzakis E, McNamee P, Ryan M. Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential care? Rev Econ of the Household. 2009;7:283-303.
11. Bonsang E. Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? J Health Econ. 2009;28:143-54.
12. Jiménez-Martín S, Vilaplana C. The trade-off between formal and informal care in Spain. Eur J Health Econ [edición electrónica]. 2011;553 (Consultado el 3/7/2011.) Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/uq27r6q07104r050/>.
13. Van Houtven C, Norton E. Informal care and Medicare expenses: testing for heterogeneous treatment effects. J Health Econ. 2008;27:134-56.
14. Stabile M, Laporte A, Coyte C. Household responses to public home care programs. J Health Econ. 2006;25:674-701.
15. Viitanen TK. Informal and formal care in Europe. Institute for the Study of Labor; 2007. IZA DP No. 2648.
16. Muramatsu N, Hongjun Y, et al. Risk of nursing home admission among older Americans: does state's spending on home-and-community-based services matter? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2007;62:S169-78.
17. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990, 260 p.
18. Arts W, Gelissen J. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. J Eur Soc Pol. 2002;12:137-58.
19. Börsch-Supan A. European welfare state regimes and their generosity towards the elderly. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing. University of Mannheim. 2007. MEAD Discussion Paper 128-2007.
20. Greene W. Econometric analysis. New York: Prentice Hall; 2007, 1216 p.
21. Börsch-Supan A, Jürges H. The survey of health, ageing and retirement in Europe: methodology. Mannheim: Mannheim Research Institute of the Economics of Ageing; 2005, 355 p.
22. Cordingley L, Webb C. Independence and ageing. Rev Clin Geront. 1997;7:137-46.
23. Haberkern S. State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. Agein & Society. 2010;30:299-323.

Contribuciones de autoría

Los tres autores han contribuido por igual en la elaboración del estudio.

Financiación

P. García-Gómez agradece el apoyo económico de la Unión Europea a través de Marie Curie Intra-European Fellowships. S. Jiménez-Martín y C. Vilaplana agradecen el apoyo del Ministerio de Educación y Ciencia, proyecto ECO-2008-06395-C05-01.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

This paper uses data from SHARELIFE release 1, as of November 24th 2010 or SHARE release 2.4.0, as of May 24th 2011. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th framework programme (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, and