

Documentos de Trabajo

CRES – Fundación Caser

Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa

Pilar García-Gómez
Sergi Jiménez-Martín
Cristina Vilaplana-Prieto



Núm. 4 Mayo 2011

Antecedentes

Del interés en estrechar relaciones y colaboración científica entre el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF) y la Fundación Caser para la Dependencia, y con la intención de llevar a cabo proyectos de investigación en el campo de la Dependencia y de los Servicios Sociales, nace la serie de Documentos de Trabajo CRES-Fundación Caser.

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido financiado por Fundación Caser para la Dependencia como parte de la serie de Documentos de Trabajo del Centre de Recerca en Economia de la Salut de la Univ Pompeu Fabra-Fundación Caser dirigidos por G. López i Casasnovas. García-Gómez agradece el apoyo económico de la Unión Europea a través de Marie Curie Intra-European Fellowships. Jiménez-Martín y Vilaplana agradecen el apoyo del Ministerio de Educación y Ciencia, proyecto ECO-2008-06395-C05-01

Renuncia de Responsabilidad

Los artículos publicados en esta serie de Documentos de Trabajo (DT) deben entenderse como una contribución a la investigación actual. El trabajo y las ideas expuestas pueden no siempre representar la posición final y, como tal, a veces deben ser tratados como trabajo en progreso. Asimismo, la responsabilidad del material y las opiniones expresadas en los DT corresponden exclusivamente a sus autores y no deben identificarse necesariamente con la opinión colectiva del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF) o de la Fundación Caser para la Dependencia, proveedora de fondos de investigación.

Copias Adicionales

Copias de este documento están disponibles para descargar gratuitamente desde el sitio web de www.upf.edu/cres. El acceso al material descargado se proporciona en el entendimiento de que es para uso personal. Copias de los documentos descargados pueden ser distribuidas a terceros con la condición de que la fuente de publicación CRES-Fundación Caser esté correctamente reconocida y que dicha distribución no esté sujeta a ningún pago.

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF)
C/ Ramon Trias Fargas, 25-27 (Edifici Mercè Rodoreda)
Universitat Pompeu Fabra
08005 Barcelona, España
www.upf.edu/cres
©

Fundación Caser para la Dependencia
Avda. de Burgos, 109
28050 Madrid, España
www.fundacioncaser.es
©

Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa

Pilar García-Gómez (*)

Sergi Jiménez-Martín (**)

Cristina Vilaplana-Prieto (***)

(*) Erasmus University Rotterdam y CRES

(**) Universidad Pompeu Fabra, Barcelona GSE y FEDEA

(***) Universidad de Murcia y FEDEA

Resumen

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 (SHARE) correspondientes al año 2004 y se estima un modelo probit bivalente. 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 tienen en cuenta las características institucionales de los sistemas de cuidados de largo plazo. En nuestro análisis encontramos una correlación positiva y significativa entre ambas decisiones, lo que revela que, condicional a recibir cuidados, existe una cierta preferencia por la combinación de ambos tipos de cuidados. Los resultados detallados 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. Existen diferencias importantes en la probabilidad de utilización de ambos tipos de cuidados entre países europeos destacando la relevancia de los cuidados informales en España comparado con otros países. 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 en los que los hijos tienen 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.

Palabras clave: cuidados formales, cuidados informales, cuidados de largo plazo, Europa, SHARE

Clasificación JEL: I11, J14

Correspondiente al autor: Pilar García-Gómez. Erasmus School of Economics. Erasmus University Rotterdam. Rotterdam. The Netherlands. E-mail: garciagomez@ese.eur.nl

1. INTRODUCCIÓN

La 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 PIB oscilaba entre 3,6% para Suecia y 0,02% para Bulgaria (1.261€/hab. frente a 0,63€/hab). No obstante, las proyecciones demográficas indican que es necesario tomar conciencia del previsible aumento de la demanda de este tipo de cuidados: (i) la población de 80 y más años aumentará más del 60% en los próximos 20 años (OECD, 2005); (ii) en el año 2005, el número de personas dependientes de 65 y más años oscilaba entre 5,7 y 16,4 millones (en función de la definición utilizada sobre necesidad de asistencia en actividades de la vida diaria) y previsiblemente aumentará hasta entre 9 y 25,5 millones de personas en el año 2030 (Grammenos, 2005).

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 financiación de los cuidados de largo plazo (Kinsella y Velkoff, 2001; Costa-Font y Rovira-Forns, 2008). Por una parte, el aumento en el número de personas con limitaciones para realizar actividades de la vida diaria provoca 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 (Spillman y Lubitz, 2000; Jöel y Dufour-Kippelen, 2002).

La aportación de este trabajo consiste en analizar la relación entre disponibilidad de cuidadores informales y 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 Norton (2004), 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 otras serie de características demográficas, concluyendo 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 Sevak (2005) utilizando también la AHEAD llevaron a cabo un análisis de la relación entre los cuidados informales y la probabilidad de institucionalización, y constataron que existía una correlación negativa entre ambas variables.

Si nos fijamos en estudios para países europeos, Bolin et al (2008) estudiaron 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. Primero, existía una relación de sustitución entre cuidados formales e informales. Segundo, los cuidados informales se comportaban como complementarios de los cuidados médicos u hospitalarios. Y tercero, 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, Mentzakis et al (2009) y Bonsang (2009) observaron 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 el caso de tareas más complejas o con mayor contenido tecnológico. Este mismo resultado a favor del modelo de complementariedad o especificidad de tareas también ha sido constatado para España (Jiménez y Vilaplana, 2011).

Desde el punto de vista de las políticas de cuidados de largo plazo, existe un gran interés por conocer qué relación existe entre gastos sociales y sanitarios y cuidados informales. En relación a los costes sanitarios, Van Houtven y Norton (2008) han estudiado la relación entre gastos de Medicare y 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 que los cuidados proporcionados por hijos eran menos efectivos cuando el receptor estaba casado, suponían un importante ahorro de gastos de Medicare si la persona dependiente no estaba casada. Por el contrario, el género del cuidador 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 Canadá (Stabile et al, 2006) como para países europeos a

partir del *Panel de Hogares Europeos* (Viitanen, 2007) 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 el caso europeo, éste sólo sería significativo para los cuidadores no corresidentes con la persona dependiente. Por último, Muramatsu et al (2007) 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 las características demográficas. Constató que una mayor cobertura de atención a domicilio disminuía la probabilidad de entrar 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 interrelación 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 (SHARE)* correspondientes al año 2004 y se estima un modelo probit bivalente. 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 tienen en cuenta las características institucionales de los sistemas de cuidados de largo plazo (porcentaje de gasto 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 destacando la relevancia de los cuidados informales en España comparado con otros países. Las personas dependientes residentes en hogares de países que han optado por un mayor uso de los cuidados formales y/o en los que 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.

El resto del trabajo se organiza como sigue. En la sección 2 se comentan las características de los diferentes sistemas de organización de cuidados de largo plazo propuestos en la literatura y se realiza un análisis descriptivo de las características de los sistemas de provisión de cuidados formales en los países de la Unión Europea. En la sección 3, se detalla el modelo econométrico para estudiar la provisión de cuidados formales e informales, así como la muestra de datos

utilizada, para posteriormente, en la sección 4, analizar los principales resultados de dicha estimación. Por último, la sección 5 concluye con una valoración de las políticas de cuidados a la dependencia.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO

A la hora de explicar la organización de los sistemas de cuidados de largo plazo, Esping-Andersen (1990) utiliza el concepto de “modelos” o “régimenes” de bienestar con el objeto de clasificar la distribución u 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 Gelissen (2002) 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 informales (Börsch-Supan, 2007).

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 corazón 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 proporcionados por el mismo sólo proporcionan una red mínima de seguridad. Dado 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. 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 ausencia 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, las contribuciones y el periodo 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-demócrata se basan en los principios de igualdad y universalidad. El Estado garantiza un elevado nivel de 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 instaura un modelo de cuidados extra-familiar caracterizado por una elevada 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 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, pudiendo 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 “gratuito” 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 desfavorable para los trabajadores autónomos 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 señalados, 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, en función de las condiciones socio-demográficas o las

restricciones presupuestarias. Por lo tanto, es factible observar una transición entre modelos (Esping-Andersen, 1990).

La importancia de la cobertura pública de cuidados de larga duración varía considerablemente entre los países europeos. En 2006, mientras que en 14 países de la UE-27, entre ellos España, el gasto público en cuidados de larga duración representaba menos del 1% del PIB, el mismo superaba el 3% en Suecia y Países Bajos (Tabla 1).

Todos los países europeos ofrecen cuidados en el hogar, plazas residenciales y servicios de respiro, aunque con distinta intensidad. La última columna de la Tabla 2 muestra una amplia variabilidad de la población de 75 años que se encuentra institucionalizada. No obstante, el hecho de que haya mayor porcentaje de población institucionalizada no implica una menor utilización de atención domiciliaria. En este sentido, el Gráfico 1 muestra que, en líneas generales, aquellos países en los que la atención domiciliaria es utilizada por un mayor número de personas son los mismos que cuentan con un mayor número de personas institucionalizadas. Estos países son los mismos que han optado por un mayor porcentaje de cuidados formales en comparación con los cuidados informales. Sin lugar a dudas, existe cierta relación entre las tasas de institucionalización y la obligación legal de la familia a responsabilizarse de la persona mayor dependiente, no existiendo dicha obligación en Suecia, Países Bajos y Dinamarca.

Al mismo tiempo, excepto en Bulgaria, Dinamarca, Hungría, Rumania y Suecia es posible escoger entre prestación en especie y prestaciones 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 como en Alemania el cuidador tiene derecho a una baja laboral temporal (3 y 6 meses respectivamente) para proveer cuidados sin perder el derecho 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 personas con un nivel 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 tres 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, Letonia, Lituania, Polonia, Reino Unido y Rumanía, el acceso a los servicios públicos, tanto de asistencia domiciliaria como residencial, se basa en criterios de renta exclusivamente. En Italia se tienen en cuenta no sólo los recursos económicos de la persona dependiente, sino también del cónyuge, mientras que en Rumanía, se compara los ingresos del individuo más la renta imputada del alojamiento con el salario neto medio.

Esto no implica la no existencia de copagos de los servicios. En la mayoría de los países en los que 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 30%-50% para cuidados semi-residenciales y entre 50%-80% para cuidados residenciales. En Finlandia, existe 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 de gasto para el paciente en el caso de atención residencial debe ser al menos del 20%.

3. MÉTODOS Y DATOS

3.1. Modelo econométrico

Consideramos el problema de determinación conjunta de cuidados formales (CF) e informales (CI) 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_i y Z_i representan las características observables que afectan la probabilidad de recibir cuidados formales e informales, β_1 and 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 bivalente 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 país se sustituyen por el efecto de un conjunto de variables (Z_j) que representan las características del mismo. Las variables dependientes son inobservables, sólo observamos las correspondientes decisiones asociadas: $CF_i = 1(CF_i^*)$ y $CI_i = 1(CI_i^*)$, donde CF e CI valen uno si el individuo recibe cuidados formales e informales, respectivamente. La función de verosimilitud del problema (Greene, 2007) viene dada por:

$$\ln L = \sum_{i=1}^N \ln \Phi_2(q_{1i}(X_i'\beta_1), q_{2i}(Z_i'\beta_2), \rho^*) \quad (3)$$

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

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

3.2. La 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 multidisciplinar constituye una oportunidad única para examinar la recepción de cuidados formales e informales y sus correlaciones. La recogida de información se realizó entre personas de 50 y más años siguiendo las recomendaciones de muestreo de (Börsch-Supan y Jürges, 2005). El cuestionario del SHARE permite distinguir claramente entre (i) cuidado formal recibido en el hogar de la persona con limitaciones, (ii) cuidado informal proporcionado por personas co-residentes, y (iii) cuidado informal proporcionado por personas no co-residentes de la persona con discapacidad.

En primer lugar, se utiliza 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 debido a una necesidad de cuidados de largo plazo y no debido a 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). Por otro lado, la tipificación del cuidado informal por parte de personas no co-residentes se lleva a cabo utilizando varias preguntas. Primero, se pregunta al entrevistado *“¿ha recibido usted o su cónyuge ayuda por parte de algún familiar no co-residente, amigo o vecino?”*. A continuación se le requiere que especifique 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 repite hasta con hasta tres cuidadores informales no co-residentes.

La codificación de la ayuda formal se realiza a través de una pregunta en la que se interroga sobre si han recibido en su hogar alguna de las siguientes ayudas: (1) cuidados profesionales de enfermería, (2) empleado del hogar encargado de las tareas domésticas (que no puede realizar el entrevistado debido a problemas de salud), (3) 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 3 muestra el porcentaje de la población dependiente no institucionalizada que recibe cuidados formales, informales y ambos en cada país por género. 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%).

Las características sociodemográficas que pueden estar relacionadas con la naturaleza de los cuidados recibidos son introducidas como variables de control (grupo de edad, nivel educativo, estado civil). La distribución de las mismas se muestra en la Tabla 4. 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 etaria también varía entre países siendo la población dependiente no institucionalizada española la más envejecida con una edad media de 69,5 años comparada con los 66,2 años de la población holandesa. Al mismo tiempo, la proporción

de la población dependiente en España con más de 90 años (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 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, 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, siendo éstos los tres países de nuestra 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 existen 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 cuidado. 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 habitación). La variable IADL (*instrumental activities of 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 en el que las personas dependientes presentan una mayor severidad dado el menor porcentaje que reportan no tener PADLs e IADLs, y el mayor porcentaje que reportan tener 3 o más PADLs o IADLs, así como el mayor número de limitaciones medias.

Se considera también la presencia de alguna enfermedad crónica severa (ataque al corazón, derrame cerebral u otra enfermedad cardiovascular, enfermedad crónica pulmonar, cáncer o tumor maligno y Parkinson) o no severa (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 severa, mientras que al menos el 70% de la población dependiente de todos los países declara padecer una enfermedad crónica no severa, llegando ésta a ser del 84% en España.

4. RESULTADOS

Los resultados de la Tabla 5 muestran los efectos marginales, obtenidos del modelo bivariante discutido en la sección 4, sobre la probabilidad de recibir CF y CI por separado o conjuntamente para hombres y mujeres en un conjunto representativo de países europeos. En ambos casos se observa que existe una correlación positiva y significativa entre los cuidados formales e informales (los resultados detallados de la estimación se encuentran disponibles, bajo petición a los autores). Por lo tanto, y en línea con otros trabajos de la literatura (Bonsang, 2009; Jiménez y Vilaplana, 2011), hay evidencias de que CF y CI 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 CF o CI se incrementa con el número de PADLs y de IADLs, aunque la magnitud del efecto es entre 1,5 y 4 veces superior cuando se padecen PADLs, tanto en hombres como en mujeres. Respecto al resto de variables de estado de salud, al incrementar el número de limitaciones incrementa la probabilidad de recibir cuidados formales e informales en la misma proporción, y sólo la presencia de enfermedades crónicas severas incrementa 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 el individuo vive con la familia y/o cónyuge siempre aumenta la probabilidad de recibir CI, pero sólo disminuye la probabilidad de CF en el caso de las mujeres. La presencia de al menos una hija incrementa en 2,5 puntos porcentuales la probabilidad de recibir CI entre las mujeres, mientras que la presencia de al menos un hijo la disminuye en 1,5 puntos porcentuales. En ningún caso la presencia de descendientes varía la probabilidad de recibir CF para las mujeres dependientes. No obstante, si el hombre dependiente tiene al menos un hijo, la probabilidad de que reciba CF se incrementa en 1,2 puntos porcentuales mientras que se reduce en 1,5 puntos porcentuales la probabilidad de recibir CI en el caso de tener una hija. Esta disminución en la probabilidad de recibir CI cuando el cuidador y el dependiente no son del mismo sexo, puede estar relacionado con una menor sensación de confianza o de intimidad a la hora de recibir cuidados o comentar problemas (Cordingley y Webb, 1997).

En relación al nivel de estudios, no resulta significativo para los CF, pero sí que ejerce un efecto significativo y negativo sobre los CI (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 CF 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, y la probabilidad de que reciba CI es 2,8 puntos porcentuales superior. No encontramos diferencias significativas entre los niveles de renta inferiores, así como entre todos los grupos de renta de los hombres.

La probabilidad de recibir CF es mayor en España para el caso de los hombres. De hecho, Los hombres dependientes residentes en Dinamarca tiene una probabilidad de recibir CI 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. De hecho. También resulta llamativo que la diferencia en la probabilidad de recibir CI entre España y otros países sea siempre mayor para las mujeres.

A la hora de analizar las diferencias en la probabilidad de recibir CF resulta sorprendente que en sólo tres países (Dinamarca, Francia y Bélgica) la probabilidad de los mismos 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 entre 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 testar dicha hipótesis.

Con el objetivo de estudiar en qué medida diferentes características institucionales se asocian con diferentes 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 que viven en residencias; (5) “obligación legal”: variable binaria que toma el valor uno si los hijos están obligados a cuidar de sus padres (existe dicha 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 (oscila entre 21,1% para Italia y 66,6% para Suecia) (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). Las tres últimas variables proceden de Haberkern y Szydlik (2010). 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 6 muestra los efectos marginales de las variables institucionales, pudiéndose apreciar los siguientes resultados. En relación al gasto público como porcentaje del PIB, se observa que parece estar asociado a una menor utilización de CF, aunque la significatividad de la misma 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 CF y menor la de que reciba CI. Este resultado refuerza la evidencia mostrada en el gráfico 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 CF (y sólo de forma parcialmente significativa disminuye la probabilidad de CI para mujeres).

El hecho de que los cuidadores informales puedan recibir una compensación económica no incrementa la probabilidad de recibir CI, pero disminuye la probabilidad de CF en el caso de las mujeres. Por tanto, habría que replantearse el sentido de estas ayudas económicas. Por un lado porque no estimulan la provisión de cuidados informales, por lo que cabría pensar en otro tipo de motivación de índole afectiva o moral. Por otra parte, porque es posible que los cuidadores precisen de otra clase de ayudas que no sean económicas, tales como servicios de respiro, programas de formación de cuidadores o recepción de apoyo psicológico.

Por otro lado, la probabilidad de recibir CI en el caso de las mujeres es mayor en 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 severidad del estado de salud teniendo que complementar el individuo o su familia 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 CF por horas de CI.

Por último, cuando la familia es responsable legal de la atención a personas dependientes, se aprecia un incremento muy considerable en la probabilidad de recibir CF, pero no en la probabilidad de CI. 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 CI, pero sí sobre los CF, hace suponer que cuando la familia no desea proveer voluntariamente CI, pero se ve obligada a cuidar a un familiar dependiente, busca o solicita con mayor intensidad la recepción de CF. Sería interesante poder disponer de datos suficientes que permitieran relacionar esta demanda de CF con el mayor desarrollo de los proveedores privados en algunos de estos países (por ejemplo, en Alemania, donde el 22,6% de los cuidados formales recibidos son de carácter privado).

5. CONCLUSIONES

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

Los resultados muestran que la existencia de necesidad medida a través de distintas variables de estado de salud es el principal determinante de la utilización de CF y CI, jugando las medidas socioeconómicas (educación y renta) un papel secundario. No obstante, tras controlar por estado de salud, estado socioeconómico y régimen de convivencia existen 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 comparada 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 tanto la probabilidad de recibir CF como CI son

la obligación legal de atender a familiares dependientes y el porcentaje de institucionalización. Estos resultados apuntan 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 residiendo en su domicilio en condiciones médicamente óptimas.

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 y/o, en la línea de Jiménez y Vilaplana (2011), dispusiéramos de información sobre horas de cuidado y, por tanto, pudiésemos estudiar las implicaciones del tipo de cuidado sobre las horas recibidas del mismo.

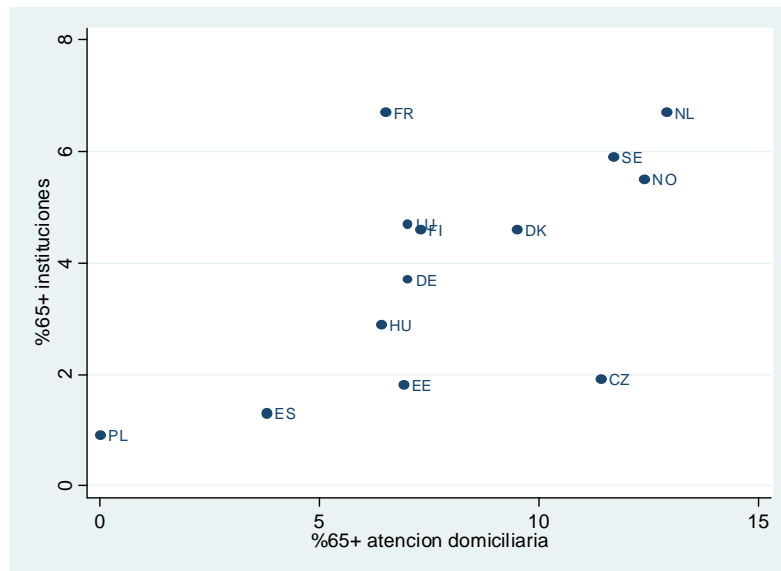
6. BIBLIOGRAFIA

- Arts W, Gelissen, J (2002). "Three worlds of welfare capitalism or more? A State-of-the-art Report." *J Eur Soc Pol*; 12: 137-58.
- Bolin K, Lindgren B, Lundborg P (2008). "Informal and formal care among single-living elderly in Europe". *Health Economics*; 17: 393-409.
- Bonsang E (2009). "Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?" *Journal of Health Economics*; 28: 143-54.
- Börsch-Supan A (2007). *European welfare state regimes and their generosity towards the elderly*. MEAD Discussion Paper 128-2007. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing. University of Mannheim.
- Börsch-Supan A, Jürges H. (2005) *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Methodology*. Mannheim Research Institute of the Economics of Ageing. Mannheim, Germany.
- Charles K, Sevak P (2005). "Can family caregiving substitute for nursing home care?" *Journal of Health Economics*; 24: 1174-90.
- Cordingley L, Webb C (1997). "Independence and ageing." *Rev Clin Geront*; 7: 137-46.
- Costa-Font J, Rovira-Forns J (2008). "Who is willing to pay for long-term care insurance in Catalonia?" *Health Policy*; 86: 72-84.
- Esping-Andersen G (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, Polity Press.
- Grammenos S (2005). *Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care*. Final Report to the European Commission. 2005. Centre for European Social and Economic Policy.
- Greene W (2007). *Econometric Analysis*. Prentice Hall. New York.
- Haberkern y Szydlik (2010). "State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries." *Ageing & Society*; 30: 299-323.
- Jiménez S, Vilaplana C (2011). "The trade-off between formal and informal care in Spain". *European Journal of Health Economics*. DOI: 10.1007/s10198-011-0317-z
- Jöel M, Dufour-Kippelen S (2002). "Financing systems of care for older persons in Europe". *Aging-Clin Exp Res*; 14, 293-99.
- Kinsella D, Velkoff V (2001). *An ageing world: 2001*. U.S. Census Bureau, Series P95/01-1. pp.7-22. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Mentzakis E, McNamee P, Ryan M (2009). "Who cares and how much: exploring the determinants of co-residential care?" *Rev Econ of the Household*; 7: 283-303.

- Muramatsu N, Hongjun Y, et al (2007). "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*; 62: S169-78.
- OECD (2005). *Long-term care for older people*. The OECD Health Project. OECD Publishing.
- Spillman B, Lubitz J (2000). "The effect of longevity on spending for acute and long-term care". *New Engl J Med*; 342 (19): 1409-15.
- Stabile M, Laporte A, Coyte C (2006). "Household responses to public home care programs". *Journal of Health Economics*; 25: 674-701.
- Van Houtven C, Norton E (2004). "Informal care and elderly health care use". *Journal of Health Economics*; 23: 1159-80.
- Van Houtven C, Norton E (2008). "Informal care and Medicare expenses: testing for heterogeneous treatment effects." *Journal of Health Economics*; 27: 134-56.
- Viitanen TK (2007). *Informal and formal care in Europe*. Institute for the Study of Labor. IZA DP No. 2648.

ANEXO: TABLAS Y GRÁFICO

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



Fuente: elaboración propia a partir de OECD Health (2010)

CZ: República Checa; DE: Alemania; DK: Dinamarca; ES: España; EE: Grecia; FI: Finlandia; FR: Francia; HU: Hungría; LU: Luxemburgo; NL: Países Bajos; NO: Noruega; PL: Polonia; SE: Suecia.

Tabla 1. Características del gasto en cuidados de largo plazo. 2006 (ordenación en función del gasto como porcentaje del PIB)

	Gasto total en cuidados de largo plazo		Gasto por habitante		Gasto en cuidados de largo plazo según proveedor	
	% del PIB	% del gasto en salud	Euros	Paridad poder de compra	% público	% privado
Suecia	3,6	41,89	1.261,03	1.046,47	99,2	0,8
Finlandia	2,15	27,19	676,56	580,08	85,1	14,9
Dinamarca	2,07	22,49	833,24	607,75	87,9	12,1
Alemania	1,93	19,03	546,47	531,5	77,2	22,8
Luxemburgo	1,75	26,31	1.262,96	1.124,99	77,1	22,9
Bélgica	1,63	17,1	490,84	452,79	93,9	6,1
Francia	1,56	14,6	445,97	402,37	99,4	0,6
Austria	1,29	13,18	399,4	379,89	81,4	18,6
Países Bajos	1,28	14,31	422,25	396,18	100,0	0,0
Eslovenia	1,15	14,79	178,23	238,84	79,1	20,9
España	0,74	9,17	164,9	182,6	70,3	29,7
Rumanía	0,53	10,53	24,08	48,24	100,0	0,0
Lituania	0,43	7,31	30,28	56,05	90,7	9,3
Polonia	0,43	7,35	30,7	52,84	93,0	7,0
Rep. Checa	0,25	3,7	27,67	45,52	100,0	0,0
Hungría	0,25	3,13	21,89	36,67	88,0	12,0
Eslovaquia	0,24	3,36	24,08	35,38	87,5	12,5
Letonia	0,22	3,61	15,65	27,25	100,0	0,0
Chipre	0,19	3,18	36,36	41,05	5,3	94,7
Estonia	0,18	3,55	17,59	27,54	83,3	16,7
Portugal	0,13	1,38	19,21	23,65	53,8	46,2
Bulgaria	0,02	0,27	0,63	1,65	100,0	0,0

Fuente: Eurostat. Health Statistics. No se han utilizado los datos para 2008 porque no están disponibles para todos los países. No hay datos disponibles para Grecia, Irlanda, Italia, Malta y Reino Unido.

Tabla 2. Indicadores utilizados para identificar los sistemas de provisión de cuidados de largo plazo

	Prestaciones sociales con limitación de ingresos (means-tested) (% 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 seguro social obligatorio de cuidados de largo plazo. 2008	Tasa de reemplazo agregada 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 means-tested (como % total 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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	0,43	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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

Tasa de reemplazo agregada = (ingreso pensiones personas 65-74 / ingresos laborales personas 50-59).

Tabla 3. Porcentaje de población que recibe cuidados

	Todos			Hombres			Mujeres		
	Formal	Informal	Formal e Informal	Formal	Informal	Formal e Informal	Formal	Informal	Formal e Informal
Austria	0,0421	0,1103	0,0189	0,0367	0,1064	0,0168	0,0451	0,1125	0,0200
Alemania	0,0205	0,0982	0,0146	0,0140	0,0946	0,0124	0,0249	0,1006	0,0161
Suecia	0,0182	0,0719	0,0065	0,0192	0,0928	0,0095	0,0177	0,0592	0,0046
Países Bajos	0,0435	0,0731	0,0142	0,0216	0,0705	0,0107	0,0567	0,0746	0,0162
España	0,0552	0,1722	0,0326	0,0629	0,1888	0,0373	0,0512	0,1636	0,0301
Italia	0,0233	0,1416	0,0134	0,0202	0,1198	0,0080	0,0251	0,1546	0,0166
Francia	0,1885	0,0889	0,0405	0,2072	0,1130	0,0546	0,1785	0,0762	0,0331
Dinamarca	0,0791	0,0626	0,0150	0,0615	0,0597	0,0149	0,0893	0,0642	0,0150
Bélgica	0,1342	0,0981	0,0366	0,1021	0,0986	0,0282	0,1535	0,0979	0,0417

Fuente: elaboración propia a partir de SHARE (2004)

Tabla 4. Media de las variables explicativas, por país

	Austria	Alemania	Suecia	Países Bajos	España	Italia	Francia	Dinamarca	Bélgica
Sin PADLs	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 PADLs	0,039	0,036	0,046	0,029	0,049	0,040	0,060	0,043	0,051
3 o más PADLs	0,042	0,045	0,049	0,048	0,076	0,068	0,041	0,052	0,048
Sin IADLs	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 IADLs	0,066	0,050	0,067	0,060	0,065	0,050	0,060	0,083	0,065
3 o más IADLs	0,084	0,062	0,075	0,071	0,118	0,095	0,109	0,112	0,089
Número limitaciones	2,878	2,648	2,641	2,667	3,710	3,070	2,889	2,735	2,809
Enfermedad crónica severa	0,252	0,305	0,376	0,353	0,296	0,329	0,357	0,398	0,351
Enfermedad crónica no severa	0,731	0,737	0,691	0,665	0,844	0,804	0,785	0,776	0,770
Mujer	0,641	0,589	0,618	0,625	0,656	0,623	0,648	0,632	0,616
Edad [50, 69]	0,237	0,236	0,251	0,345	0,207	0,240	0,258	0,282	0,286
Edad [60, 69]	0,375	0,375	0,291	0,287	0,291	0,365	0,241	0,261	0,271
Edad [70, 79]	0,251	0,273	0,272	0,233	0,317	0,281	0,311	0,268	0,280
Edad [80, 89]	0,120	0,100	0,159	0,118	0,154	0,100	0,161	0,164	0,145
Edad >=90	0,018	0,017	0,027	0,016	0,032	0,014	0,029	0,027	0,017
Educación									
Sin estudios	0,002	0,017	0,009	0,017	0,273	0,059	0,266	0,001	0,031
Primaria	0,390	0,226	0,620	0,650	0,642	0,781	0,386	0,360	0,552
Secundaria	0,434	0,569	0,225	0,199	0,050	0,124	0,232	0,411	0,242
Terciaria	0,175	0,188	0,146	0,134	0,035	0,036	0,116	0,227	0,176
Vive solo	0,356	0,213	0,265	0,229	0,140	0,147	0,305	0,409	0,261
Vive en familia	0,078	0,044	0,021	0,020	0,164	0,106	0,074	0,020	0,058
Vive con pareja	0,566	0,743	0,714	0,751	0,696	0,747	0,621	0,571	0,682
Cuidador: Hija	0,483	0,443	0,498	0,485	0,549	0,489	0,472	0,522	0,457
Cuidador: Hijo	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)

Tabla 5. Efectos marginales de la estimación del probit bivariante para cuidados formales y cuidados informales

	Hombres			Mujeres		
	Formal e Informal	Formal	Informal	Formal e Informal	Formal	Informal
PADL						
1 PADL	0,016	0,014	0,126***	0,018	0,031***	0,101***
2 PADLs	0,033	0,047**	0,179***	0,042	0,078***	0,174***
3 o más PADLs	0,049	0,066***	0,249***	0,061	0,100***	0,238***
IADL						
1 IADL	0,008	0,023**	0,027**	0,006	0,019*	0,022***
2 IADLs	0,015	0,028**	0,077***	0,011	0,021	0,051***
3 o más IADLs	0,029	0,061***	0,106***	0,030	0,077***	0,090***
Número limitaciones	0,005	0,013***	0,020***	0,004	0,012***	0,016***
Enfermedad crónica severa	0,006	0,012*	0,021*	0,009	0,029***	0,016***
Enfermedad crónica no severa	-0,003	-0,004	-0,010	0,003	0,010	0,003
Edad						
Edad [60, 69]	0,000	0,004	-0,005	0,001	0,014**	-0,015
Edad [70, 79]	0,005	0,015*	0,011	0,006	0,024**	0,008
Edad [80, 89]	0,011	0,027**	0,027*	0,012	0,039**	0,021
Edad >=90	0,022	0,110***	-0,003	0,028	0,070***	0,069*
Educación						
Primaria	-0,007	-0,012	-0,032*	-0,002	-0,005	-0,008
Secundaria	-0,006	-0,009	-0,030	-0,004	-0,010	-0,012*
Terciaria	-0,010	-0,019	-0,042**	-0,006	-0,012	-0,023**
Convivencia						
Familia	0,007	-0,019	0,088***	0,010	-0,030*	0,101***
Pareja	0,012	-0,001	0,072***	0,006	-0,028***	0,060***
Tercil de renta						
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*	0,028***
Cuidador						
Hija	-0,002	0,001	-0,015*	0,004	0,000	0,024**
Hijo	0,004	0,012*	0,006	-0,001	0,005	-0,014**
Países						
Italia	-0,012	-0,024**	-0,024	-0,007	-0,020***	0,019***
Países Bajos	-0,009	-0,015	-0,048**	0,007	0,035***	-0,020***
Suecia	-0,011	-0,022**	-0,038**	-0,006	-0,010**	-0,032***
Dinamarca	-0,004	0,012	-0,068**	0,012	0,055***	-0,021***
Alemania	-0,014	-0,028**	-0,024	-0,006	-0,015***	0,002
Austria	-0,003	-0,006	-0,013	0,005	0,009*	0,023***
Francia	0,022	0,138***	-0,050**	0,022	0,133***	-0,029***
Bélgica	0,014	0,062***	-0,031*	0,023	0,107***	-0,013***
Observaciones		4.386			7.359	
Rho		0,256***			0,253***	
AIC		3.675,83			6.524,33	

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).

* Significativo al 10%; ** Significativo al 5%; *** Significativo al 1%. Significatividad no mostrada para la probabilidad conjunta dado que la misma proviene de la significatividad de los coeficientes del modelo probit bivariante.

Tabla 6. Efectos marginales de las variables institucionales en dos modelos representativos

	Hombres			Mujeres		
	Formal e Informal	Formal	Informal	Formal e Informal	Formal	Informal
Modelo 1:						
% Gasto público	-0,007	-0,025***	-0,001	-0,006	-0,025**	0,001
Seguro	-0,005	-0,022*	0,014	0,001	-0,010	0,026**
Universal	-0,007	-0,021	-0,013	-0,006	-0,017	-0,017**
%65+ en residencias	0,005	0,023***	-0,005**	0,005	0,030***	-0,006***
Observaciones	4.386			7.359		
Rho	0,246***			0,249***		
AIC	3.689,51			6.456,33		
Modelo 2:						
Ayuda informal	0,006	0,020	0,009	0,004	0,022**	-0,006
Obligación legal	0,033	0,153***	0,006	0,024	0,131***	-0,011
Responsabilidad del Estado	0,001	0,003***	0,000	0,001	0,003***	-0,001*
%65+ en residencias	0,001	0,006*	-0,001	0,003	0,015***	-0,003**
Observaciones	4.386			7.359		
Rho	0,256***			0,254***		
AIC	3.673,40			6.456,84		

Nota: Los efectos marginales de las variables gasto, %65+ en residencias y responsabilidad del Estado miden el incremento en la probabilidad de incrementar las mismas en un punto porcentual.

