

# Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración

**Joseba Zalakain**

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía Careaga  
jzalakain@siis.net

Artikulu honek iraupen luzeko zaintza-sistema nazionalen analisi konparatuan sakontzen du. Horretarako, azken urteotan gai horren inguruan sortutako literatura errebasatzen du. Ondoren, azterketa horien ondoriozko ikaskuntzak laburbiltzen ditu eta horien mugak adierazten ditu. Azkenik, iraupen luzeko zainketen analisi konparaturako eskema alternatibo bat planteatzen du, lau ardatzetan egituraturako eskema bat, eredu bakoitzaren oinarri kontzeptualak, erabiltzen dituen mekanismoak eta tresnak, horien irismena eta hedapena, eta, azkenik, horien eragina bereizten dituen.

## Gako-hitzak:

Iraupen luzeko zainketak, ezgaitasuna, mendekotasuna, ereduak, tipologia, literatura zientifikoa.

Este artículo profundiza en el análisis comparado de los sistemas nacionales de cuidados de larga duración. Para ello, repasa la literatura producida en los últimos años con relación a esa materia. Seguidamente, resume los aprendizajes que se derivan de tales análisis y señala sus limitaciones. Por último, plantea un esquema alternativo para el análisis comparado de los cuidados de larga duración, un esquema articulado en cuatro ejes que diferencian las bases conceptuales de cada modelo, los mecanismos y herramientas que utiliza, su alcance y despliegue, y, finalmente, su impacto.

## Palabras clave:

Cuidados de larga duración, discapacidad, dependencia, modelos, tipología, literatura científica.

## 1. Introducción

El SIIS Servicio de Información e Investigación Social, de la Fundación Eguía Careaga, participó durante 2024 en el proyecto COMPAC, liderado por el Centro de Derecho Comparado del Trabajo y la Seguridad Social de la Universidad de Burdeos. El proyecto pretende, por una parte, describir y comparar diferentes sistemas nacionales de cuidados de larga duración (Alemania, Canadá, China, España, Finlandia, los Países Bajos, Italia, Japón, el Reino Unido, Suecia) y, por otra parte, estudiar de forma detallada y específica las adaptaciones territoriales y los dispositivos locales existentes en Francia.

Para avanzar en el primero de los ejes de trabajo mencionados —el análisis comparado de los sistemas de cuidados de larga duración—, el SIIS elaboró un trabajo de investigación con dos objetivos complementarios:

- En primer lugar, identificar cuáles son las tipologías que se vienen utilizando en la literatura comparada a la hora de analizar los sistemas nacionales de cuidados de larga duración y, particularmente, cuáles son las dimensiones que más habitualmente se tienen en cuenta.
- En segundo lugar, a partir de ese marco analítico, describir cómo responden ocho países de Europa, Asia y América —concretamente, Francia, el Reino Unido, Italia, Finlandia, Japón, Canadá, España y Alemania— a las dimensiones analizadas, y en qué modelos o tipologías se enmarcan.

Para cumplir esos objetivos, el estudio realizado analiza, en primer lugar, las tipologías de modelos de cuidados de larga duración identificadas en la literatura académica y las dimensiones que tienen en cuenta para el análisis comparado. También se repasan las limitaciones de esos análisis comparados y se plantea una propuesta para sistematizar las comparaciones entre países o modelos. Esa sistematización permite, por una parte, identificar las dimensiones e indicadores de interés y, por otra, diferenciar los ejes a los que responden esas dimensiones: bases conceptuales, mecanismos organizativos, implantación y despliegue e impacto. En segundo lugar, el estudio realizado describe qué respuesta da cada uno de los países analizados a las dimensiones más relevantes, es decir, qué opciones ha tomado cada uno de los países analizados de cara a la articulación de su modelo, en función de sus tradiciones culturales, inercias institucionales, características sociodemográficas o preferencias sociales.

Este artículo resume la primera parte del estudio señalado<sup>1</sup>, centrada, como se ha dicho, en la identificación de tipologías y dimensiones para el

análisis comparado de los modelos nacionales de cuidados de larga duración. La estructura del artículo es la siguiente:

- En primer lugar, se realiza un repaso de la literatura producida en los últimos años con relación a los análisis comparados en materia de cuidados de larga duración.
- En segundo lugar, se resumen los aprendizajes que se derivan de esos análisis comparados y se señalan las limitaciones que esos análisis tienen.
- En tercer lugar, se plantea un esquema alternativo para el análisis comparado de los cuidados de larga duración. Este esquema se articula en cuatro ejes que diferencian las bases conceptuales de cada modelo, los mecanismos y herramientas que utiliza, su alcance y despliegue y, finalmente, su impacto.

## 2. Tipologías y modelos de cuidado: un repaso de la literatura

Una de las revisiones más recientes y completas sobre el análisis comparado y sobre las tipologías de modelos de cuidados de larga duración (Fischer, 2021) identifica un amplio número de estudios comparativos centrados en la construcción de tipologías de modelos de cuidados de larga duración. El análisis de esas tipologías, y la posibilidad de comparar unos modelos con otros, es esencial para el aprendizaje mutuo y la mejora continua de los sistemas. Como explica Fischer (2021), la elaboración de clasificaciones o tipologías resulta un aspecto fundamental en el análisis y la comprensión de cualquier sistema o política, en la medida en que permita agrupar entidades en función de sus similitudes. “En particular”, continúa, “las tipologías son un instrumento útil —y popular— en la investigación en ciencias sociales, ya que pueden captar simultáneamente las similitudes y diferencias de los objetos de investigación en varias dimensiones, además de facilitar el desarrollo y la elaboración de conceptos, teorías e hipótesis” (Fischer, 2021: 23).

A partir del trabajo pionero de Esping-Andersen (1990) sobre los regímenes de bienestar, el análisis comparado sobre los modelos de protección social ha sido abundante y prolífico. Los estudios comparativos específicamente centrados en los modelos de cuidados —y, más concretamente, de cuidados de larga duración— empiezan a publicarse a mediados de los años noventa y han experimentado, desde entonces, un amplio desarrollo. De hecho, la revisión de Fischer (2021) contabiliza un total de veinte investigaciones que identifican otras tantas tipologías para la clasificación de los modelos de cuidados de larga duración. No se trata, en términos generales, de análisis comparativos —que se limitan a comparar los datos de diversos países—, sino de trabajos orientados a la identificación de tipos diferentes que, en función de determinadas dimensiones, permiten agrupar los países analizados en modelos diferentes, con características distintivas.

<sup>1</sup> La segunda parte del estudio se resume en el segundo artículo de este mismo número de *Zerbitzuan* (“Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica”).

En este apartado se revisan algunas de esas tipologías. El objeto de la revisión no ha sido resumir todos los trabajos publicados, sino los más relevantes, representativos o interesantes a la hora de identificar las dimensiones objeto de análisis y las clasificaciones resultantes<sup>2</sup>.

Se analizan, en primer lugar, los estudios que pueden considerarse pioneros (Anttonen y Spila, 1996; Pacolet *et al.*, 1998; Kraus *et al.*, 2010; Carrera *et al.*, 2013) y se centran de forma específica en Europa, desde una perspectiva integral. Posteriormente, se analizan otros trabajos más recientes, centrados tanto en Europa (Pavolini, 2021) como en los países de la OCDE (Colombo *et al.*, 2011; Dyer *et al.*, 2019; Halásková *et al.*, 2017; Arians *et al.*, 2023; Llena-Nozal *et al.*, 2025), también desde una perspectiva integral. Por último, se analizan otras tipologías que, frente a las anteriores, se construyen a partir de dimensiones o ejes temáticos específicos. Las dimensiones que se han tenido en cuenta son:

- Modelos de financiación (Costa-Font, 2015; Joshua, 2017; Lee *et al.*, 2023; Angrisani *et al.*, 2022).
- Participación de los agentes sociales y estructuración competencial (Rothgang *et al.*, 2021; Och, 2015).
- Evaluación y gestión de la calidad (Leone *et al.*, 2014).
- Desfamiliarización e igualdad de género (Leitner, 2003; Saraceno y Keck, 2010; Pfau-Effinger, 2014; Bartha y Zentai, 2020; Van Damme *et al.*, 2024).
- Intersección entre familiarismo y prestaciones económicas (Da Roit y Le Bihan, 2019; Le Bihan *et al.*, 2019).
- Participación de la población inmigrante en las tareas de cuidado (Bettio *et al.*, 2006; Van Hooren, 2012; Da Roit y Wich, 2013; Van Hooren *et al.*, 2021; Rothgang *et al.*, 2021; King-Dejardin, 2019).
- Procesos de cambio y reforma de los modelos de cuidados de larga duración, desde una perspectiva dinámica (Bertin *et al.*, 2021; Simmons *et al.*, 2024; Gori *et al.*, 2015).

## 2.1. Tipologías generales o multidimensionales

“Servicios de cuidado en Europa. ¿Es posible identificar modelos?” es el título del artículo publicado en 1996 por Anttonen y Spila y que, en cierto modo, inicia el trabajo de análisis comparado respecto a una función entonces asumida de forma incipiente por los Estados del bienestar en Europa. El artículo se centra tanto en los cuidados a la infancia como en los cuidados de larga duración a las personas mayores, y establece cuatro tipos o modelos, en función de dos elementos: la disponibilidad de cuidados para ambos

colectivos y las tasas de empleo femenino. A partir de estas dimensiones, los modelos identificados son el escandinavo, con servicios de cuidado ampliamente disponibles para la infancia y las personas mayores y tasas elevadas de empleo femenino; el meridional (Portugal, España, Grecia e Italia), generalmente caracterizado por una baja disponibilidad de servicios y tasas reducidas de empleo femenino; el británico, de carácter selectivo y con una baja disponibilidad de recursos, y el correspondiente a la Europa central (Alemania, Bélgica y, en menor medida, Francia), caracterizado por la idea de subsidiariedad del Estado frente a la sociedad civil. Este es, en cualquier caso, el grupo más heterogéneo, tanto por las diferencias entre unos países y otros como por la diferente forma en la que en cada país se contemplan los cuidados a la infancia y a las personas mayores (Anttonen y Spila, 1996).

Poco después, un trabajo más amplio y exhaustivo financiado por la Comisión Europea (Pacolet *et al.*, 1998) plantea un análisis en el que los modelos de cuidados de larga duración se dividen en dos grupos y cuatro subgrupos. De una parte, los países que comparten una lógica basada en los derechos de ciudadanía (modelo Beveridge); estos países se dividen en dos grupos: los nórdicos, de un lado, y los anglosajones, de otro. Por otra parte, los basados en un modelo contributivo o de aseguramiento público (modelo Bismarck), que se dividen, también a su vez, en dos grupos desde la perspectiva territorial (países mediterráneos y países del centro de Europa). Esta tipología se plantea, en cualquier caso, a efectos descriptivos, al objeto de analizar cómo abordan cada uno de esos grupos las necesidades en materia de cuidados de larga duración. De hecho, el objetivo del trabajo no es tanto construir nuevas tipologías, sino analizar cómo los modelos clásicos del Estado del bienestar articulan los servicios desde la perspectiva del tipo y variedad de recursos, su asequibilidad y su disponibilidad.

Siguiendo en el ámbito europeo, una de las tipologías de modelos de cuidados de larga duración más citadas e influyentes es la desarrollada en 2010 en el marco del proyecto ANCIEN (Kraus *et al.*, 2010), en un momento en el que los sistemas de cuidados de larga duración ya tenían una cierta consolidación. Esta revisión plantea dos enfoques complementarios: uno basado en el diseño del sistema, con indicadores de tipo cualitativo y cuantitativo, y otro basado en su cobertura y financiación, con indicadores exclusivamente cuantitativos. Entre las características relacionadas con el diseño del sistema se incluyen las siguientes:

- Grado de selectividad y garantía del derecho: en qué medida el acceso a los servicios se restringe en función del nivel de renta y en qué medida el derecho de acceso tiene carácter subjetivo, es decir, se garantiza a todas las personas que cumplen los requisitos de acceso, al margen de la discrecionalidad técnica o política de las administraciones, o la disponibilidad de fondos presupuestarios.

<sup>2</sup> En ese sentido, se han tenido en cuenta los estudios que centran su análisis en las bases conceptuales de cada sistema o en sus mecanismos o herramientas, y no tanto los que se limitan a comparar datos de alcance, cobertura o impacto.

- Disponibilidad de prestaciones económicas en metálico y posibles usos de esas prestaciones.
- Capacidad de elección del proveedor de servicio, ya sea en el ámbito domiciliario o en el residencial.
- Existencia de sistemas de gestión de la calidad y sus características.
- Nivel de integración o coordinación de la atención social y sanitaria.
- Cobertura del coste real de los servicios. Este indicador mide en qué medida el sistema público de cuidados cubre la totalidad de los gastos que requiere la atención. El indicador se refiere tanto al copago de los servicios provistos por la Administración como la necesidad de adquirir servicios o prestaciones adicionales a los que el sistema público ofrece.
- Gasto público en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB.

Para la segunda perspectiva, se seleccionaron ocho indicadores cuantitativos que analizan similares dimensiones:

- Gasto público con relación al PIB (corregido por el porcentaje de personas mayores de 65 años).
- Gasto privado como porcentaje del gasto total en cuidados de larga duración.
- Cobertura (porcentaje de personas usuarias de servicios de atención formal con relación a la población mayor de 65 años).
- Cuidados informales (porcentaje de personas que reciben cuidados informales, con relación a la población mayor de 65 años).
- Grado de apoyo a las personas cuidadoras (variable ordinal que oscila entre 3 y 8 puntos).
- Nivel de accesibilidad (universalidad y garantía de derechos).
- Grado de focalización en las personas con mayores necesidades (escala de 1 a 4).
- Relevancia de las prestaciones económicas (cuantía media de las prestaciones teniendo en cuenta el nivel de ingresos de cada país).

Tras aplicar este marco de indicadores al conjunto de los países de la UE, los autores destacan —además de la dificultad para la obtención de datos suficientemente sólidos, especialmente para los países de Europa del Este— que buena parte de las dimensiones consideradas son irrelevantes a la hora de generar clasificaciones homogéneas y consistentes, y que la mayor parte de la variabilidad de los modelos se explica por cuatro variables básicas: el gasto público en cuidados de larga duración, el porcentaje de financiación privada respecto al coste total de la atención, el grado de apoyo a los cuidadores informales y la extensión del cuidado informal. El uso de cuidados formales, el papel de las prestaciones económicas, o la accesibilidad del sistema son elementos de interés,

señalan los autores, pero poco relevantes para la construcción de modelos consistentes. Del análisis de Kraus realizado se derivan cuatro grandes grupos o modelos de países, en función de las dimensiones y variables señaladas (cuadro 1).

Definición del sistema	Países	Características
Orientado a la atención informal, gasto privado bajo	Bélgica, Chequia, Alemania, Eslovaquia	Gasto público bajo, gasto privado bajo, uso elevado de la atención informal, apoyo elevado a la atención informal, uso moderado de prestaciones económicas
Generoso, accesible y formalizado	Dinamarca, Países Bajos, Suecia	Gasto público alto, gasto privado bajo, uso reducido de la atención informal, apoyo elevado a los cuidadores informales, uso moderado de prestaciones económicas
Orientado a la atención informal, gasto privado elevado	Austria, Inglaterra, Finlandia, Francia, España	Gasto público medio, gasto privado alto, recurso elevado a la atención informal, uso elevado del cuidado informal, elevado uso de las prestaciones económicas
Gasto privado elevado, el cuidado informal se plantea como inevitable	Hungría, Italia	Gasto público bajo, gasto privado bajo, uso elevado de la atención formal, escaso apoyo a los cuidadores informales, uso intermedio de prestaciones económicas

Fuente: Kraus *et al.* (2010: 39), adaptado

Más allá de la dificultad para obtener datos adecuados, los autores de esta tipología destacan que la consideración de estas variables permite crear modelos de cuidados de larga duración que no necesariamente coinciden con las tipologías habituales en el análisis de las políticas sociales y que se generan, así, modelos o grupos que permiten aprehender de forma más matizada las variables que verdaderamente diferencian unas realidades nacionales de otras.

En una línea parecida, un estudio realizado tres años después (Carrera *et al.*, 2013) señala las dimensiones que deberían o podrían tenerse en cuenta a la hora de definir una tipología de cuidados: el papel de los cuidadores informales, la preferencia social respecto a los diversos tipos de cuidado, las tasas de cobertura y los niveles de financiación, los niveles de satisfacción respecto a los servicios públicos de cuidados y el impacto de estos (medido en términos de desigualdades en el acceso y posibilidades de conciliación). El trabajo recoge, a partir de diversas fuentes, los datos correspondientes a cada una de esas dimensiones en los países de la UE, sin llegar en cualquier caso a ofrecer una tipología específica. En ese sentido, Carrera *et al.* (2013) se limitan a señalar la existencia en Europa de dos grandes modelos de

cuidados de larga duración: el primero se caracteriza por niveles elevados de gasto público y tasas altas de cobertura; el segundo, por un gasto público más reducido y un recurso más frecuente a las prestaciones económicas como principal herramienta para acceder a los cuidados. Entre estas dos posiciones, señalan los autores del estudio, existen diversas opciones intermedias.

Mucho más recientemente, en 2021, Pavolini ha elaborado en el marco de la European Social Policy Network una tipología alternativa con datos más actuales y desde un planteamiento conceptual diferente. Por una parte, este trabajo parte de la idea de que los diferentes modelos de cuidados de larga duración desarrollados reflejan formas diferentes de responder a un mismo trilema. Ese trilema obliga a los diferentes países a elegir entre tres objetivos que difícilmente pueden alcanzarse de forma simultánea: la contención del gasto, la atención al conjunto de las personas con necesidad (cobertura) y la necesidad de evitar que el sistema gire exclusivamente sobre la atención informal o familiar (desfamiliarización).

A partir de ese esquema, Pavolini desarrolla una tipología que tiene en cuenta dos elementos básicos: el gasto público destinado a los cuidados de larga duración como porcentaje del PIB, y el papel que, en cada sistema, juegan las prestaciones económicas. De la combinación de esas dos variables, se extraen seis modelos diferentes:

- Modelo de intervención pública limitada. Buena parte de los países del Sur y el Este de Europa —nueve en total— presentan este modelo, en el que se destina menos del 0,4% del PIB a los cuidados de larga duración. No hay países del Norte o el Centro de Europa en este grupo, que reúne a un tercio de los Estados de la UE, entre los que destacan Portugal, Grecia o Hungría.
- Modelo de intervención pública moderada, mediante prestaciones económicas. En torno a la quinta parte de los Estados de la UE se encuentran en este grupo (entre otros, España, Eslovaquia, Polonia o Eslovenia). El nivel de gasto público es más elevado que en el grupo anterior, aunque bajo si se compara con la media de la UE, y casi la mitad de ese gasto se destina a prestaciones económicas.
- Modelo de intervención pública moderada, mediante servicios. Tres de los 27 países de la UE se corresponden con este modelo (Irlanda, Luxemburgo y Malta). Se trata de países, además, pequeños y geográficamente dispersos. El gasto es mayor que en el grupo anterior, aunque inferior a la media, y se destina fundamentalmente a servicios.
- Modelo de intervención pública fuerte, mediante prestaciones económicas. Austria, Alemania, Chequia e Italia forman este grupo, con un gasto relativamente elevado (1,7% del PIB), canalizado mediante prestaciones económicas.
- Modelo de intervención pública fuerte, mediante servicios. Este grupo está formado por Bélgica,

Francia y Finlandia, con un gasto cercano al 2% y un uso preferente de servicios de atención directa.

- Modelo de intervención pública muy fuerte, mediante servicios. Los Países Bajos, Dinamarca y Suecia forman parte de este grupo, con un gasto muy elevado (3,5% del PIB), orientado a los servicios de atención directa.

Para Pavolini, cada uno de los seis modelos señalados ha dado una respuesta diferente al trilema antes señalado, de forma que los países con modelos de intervención limitada han priorizado la contención del gasto y el recurso a la red de cuidado informal y los países con un modelo de intervención muy fuerte han priorizado la cobertura de las situaciones de necesidad. Los países con modelos fuertes o moderados que recurren a prestaciones económicas han priorizado la cobertura y el uso de la red informal, en detrimento de la contención del gasto, mientras que quienes han desarrollado modelos fuertes y moderados de intervención pública mediante servicios han priorizado la cobertura y la contención del gasto, renunciando al uso de la red informal de apoyos.

El análisis de Pavolini demuestra que los países que se agrupan en cada uno de esos modelos comparten una serie de elementos adicionales, esenciales en lo que se refiere a la organización de los sistemas de cuidados. Estos elementos se agrupan en cuatro grandes dimensiones:

- Aspectos organizativos. En esta dimensión se tiene en cuenta si existe un sistema propio y específico de cuidados de larga duración o si el sistema está fragmentado entre diferentes sistemas de bienestar. Esta dimensión organizacional también tiene en cuenta cuál o cuáles son los niveles de la Administración que asumen las principales competencias de regulación, gestión y provisión (instituciones locales, regionales o nacionales, básicamente).
- Tipos de servicios. En esta dimensión se distingue fundamentalmente entre servicios, prestaciones económicas para personas usuarias y prestaciones económicas para las personas cuidadoras. Se tiene en cuenta también la composición del catálogo o la cartera de servicios, y su grado de variedad.
- Criterios de accesibilidad. En esta dimensión se tiene en cuenta el grado de universalidad o selectividad del sistema, diferenciando: a) un modelo selectivo, orientado a personas de ingresos bajos (fundamentalmente en el Sur y el Este de Europa); b) un modelo mixto (por ejemplo, en Italia y Bélgica) que aplica criterios universales en ciertas prestaciones y selectivos en otras; c) un modelo cuasi universal, en el que la universalidad teórica se ve matizada por la falta de recursos y las listas de espera (este es, por ejemplo, el caso de España), y d) un modelo universal, desarrollado en ocho países —Austria, Alemania, Dinamarca, Francia, Finlandia, Luxemburgo, los Países Bajos y Suecia— en el que se tiene en cuenta el nivel de

necesidades, pero no la renta o el patrimonio, en el acceso a los servicios.

- Financiación. En esta dimensión se tiene en cuenta si el sistema se financia mediante impuestos generales, cotizaciones sociales o una mezcla de ambos. También se tiene en cuenta la función y el diseño del copago de los servicios por parte de las personas usuarias.

El análisis de Pavolini pone de manifiesto que las dimensiones previamente señaladas se abordan de forma diferente y relativamente homogénea en cada uno de los grupos establecidos. Por ejemplo, en lo que se refiere a la dimensión organizativa, los países caracterizados por una intervención pública fuerte tienen, en todos los casos, un sistema institucional específico para la gestión de los cuidados de larga duración, especialmente cuando esa intervención se realiza mediante servicios y, en menor medida, cuando se realiza mediante prestaciones económicas. Lo mismo ocurre en lo que se refiere a la existencia de un único nivel institucional responsable de estos servicios, más habitual en los países que pertenecen al modelo de intervención pública fuerte.

Los trabajos descritos hasta ahora limitan su análisis a los países de la UE. Sin embargo, aunque el continente europeo ha recibido una atención preferente en lo que se refiere al análisis comparativo de los sistemas de cuidados de larga duración, son cada vez más frecuentes los análisis que incorporan a otros países, especialmente de América, Asia y Oceanía (Fischer, 2021).

Con esa perspectiva global, la Comisión del Gobierno de Australia sobre calidad en la atención a las personas mayores elaboró en 2019 una revisión relativa a los sistemas de cuidados de larga duración en una quincena de países de Asia, América, Europa y Oceanía (Dyer *et al.*, 2019). Este informe replica en parte el modelo conceptual aplicado en Europa por Kraus *et al.* (2010) y basa su análisis en el grado de adaptación a las necesidades de las personas usuarias (*consumer friendliness*) que muestran los diferentes regímenes de cuidados a lo largo del mundo. A esas variables —selectividad, garantía del derecho, disponibilidad de prestaciones económicas, elección del proveedor, garantía de la calidad, coordinación sociosanitaria y cobertura del gasto privado— se añaden otras relacionadas con la regulación de la calidad y la financiación.

A partir de ese esquema, el informe australiano identifica cuatro modelos o tipos (con diferencias internas relativamente importantes, en cualquier caso, en las dimensiones analizadas):

- Países con niveles bajos de acceso y orientados al gasto privado (Polonia, Singapur y los Estados Unidos). Se trata de sistemas selectivos, no universales, con niveles elevados de participación económica de las personas usuarias en el pago de los servicios. Estos países otorgan cierta capacidad de elección a las personas usuarias y

han realizado avances parciales tanto en lo que se refiere a la coordinación sociosanitaria como al desarrollo de sistemas de gestión de la calidad de la atención.

- Países con niveles bajos de acceso y un recurso intermedio al gasto privado (Inglaterra y Canadá). La cobertura en estos países es baja —debido a su carácter selectivo—, si bien las personas que acceden a los servicios asumen una parte relativamente baja del coste que generan los cuidados.
- Países con niveles elevados de acceso y orientados al gasto privado (Australia, Corea, Japón, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia y Suiza). Se trata del grupo más numeroso, pues concentra a siete de los catorce países analizados. Se trata de países con modelos universales y alta cobertura, pero que descansan, al menos en cierta medida, en el esfuerzo económico que realizan las propias personas afectadas.
- Países de alto rendimiento (Alemania y Dinamarca). Estos países se caracterizan por una puntuación elevada en todos los aspectos analizados —sistema de calidad, cobertura, coordinación sociosanitaria, cobertura del gasto total por parte de las personas usuarias, universalidad, garantía del derecho, elección de proveedores— y, en el caso de Alemania, pero no de Dinamarca, en la disponibilidad de prestaciones económicas para las personas usuarias.

En todo caso, dada la mayor disponibilidad de datos y el mayor desarrollo de los modelos de cuidados de los países que conforman esa organización, las tipologías de regímenes de cuidado que más frecuentemente se han realizado se refieren al conjunto de los países de la OCDE. Esta organización elaboró en 2011 un análisis de los modelos de cuidados de larga duración que combina, de forma descriptiva, elementos relacionados con la financiación, con la articulación institucional y con la regulación del acceso (Colombo *et al.*, 2011). El estudio realizado distingue tres grandes modelos —cobertura universal mediante un solo programa, modelos mixtos y modelos selectivos—, con diversas modalidades o subgrupos dentro de cada uno. Se trata, por otra parte, de un análisis básicamente descriptivo y cualitativo, que apenas recurre a indicadores cuantitativos y no se basa en ejercicios de clusterización (cuadro 2).

Las principales características de estos modelos son las siguientes:

- El modelo de cobertura universal mediante un solo programa financiado vía impuestos es el existente, fundamentalmente, en los países del Norte de Europa. Se apoyan en una amplia autonomía de las administraciones municipales y se caracterizan por una amplia cobertura, una amplia gama de servicios y prestaciones, un gasto público elevado y un nivel de copago bajo.
- El modelo de financiación mediante aseguramiento público (Alemania, Japón, Corea,

Grupos	Subgrupos
Cobertura universal mediante un solo programa	Financiación vía impuestos Financiación mediante aseguramiento público Cobertura de los cuidados mediante el sistema de salud
Modelos mixtos	Sistemas universales paralelos Sistemas con prestaciones universales vinculadas a la renta Combinación de servicios universales y selectivos
Modelos selectivos	Modelos selectivos focalizados en la población con bajos ingresos

Fuente: elaboración propia a partir de Colombo *et al.* (2011)

los Países Bajos y Luxemburgo) tiene también alcance universal, si bien se financia mediante cotizaciones sociales que dan derecho a un seguro público (o privado, en algunos casos) de carácter obligatorio. Tanto la cobertura como la gama de servicios disponibles es amplia, aunque los niveles de gasto público son algo más bajos que en los países nórdicos y los niveles de copago más elevados.

- Dentro de los programas universales que se gestionan mediante un solo programa, el trabajo de la OCDE distingue aquellos que integran los cuidados de larga duración dentro del sistema de salud. El caso más claro sería el de Bélgica, que ofrece servicios de cuidados residenciales y domiciliarios desde el sistema de aseguramiento de la salud.
- En lo que se refiere a los modelos mixtos, el informe distingue en primer lugar los modelos que se basan en la existencia de al menos dos modelos universales paralelos. Sería el caso de Escocia, que ofrece cuidados personales gratuitos en el marco del sistema de cuidados de larga duración, así como cuidados de enfermería a domicilio en el marco del sistema de salud. Italia también formaría parte de este modelo, en la medida en que los centros residenciales son gestionados desde el sistema de salud y el apoyo a domicilio desde el sistema de cuidados de larga duración.
- Este modelo mixto incluye también los países que —como Francia, Irlanda, Austria o Australia— son universales (es decir, están abiertos a toda la población con necesidad, independientemente de su nivel de renta), pero aplican criterios progresivos de renta para modular el importe de las prestaciones o el copago de los servicios.
- En el sexto modelo conviven prestaciones universales y selectivas. Las primeras corresponden generalmente al sistema de salud, mientras que las segundas son gestionadas por el sistema de servicios sociales.
- El último de los modelos propuestos incluye los sistemas que tienen carácter selectivo y están focalizados en la población con bajos ingresos. Esta es la opción de Inglaterra o los Estados Unidos, donde el acceso a los servicios de responsabilidad y financiación pública se limita a personas con ingresos inferiores a un umbral determinado.

También en el marco de la OCDE, otros trabajos más recientes han planteado la necesidad de crear nuevas tipologías que tengan en cuenta la situación fuera de Europa —teniendo en cuenta el desarrollo que los sistemas de cuidados de larga duración están teniendo, por ejemplo, en Asia— e integren indicadores cuantitativos y cualitativos (Ariaans *et al.*, 2021). Para ello, centrándose en el conjunto de la OCDE, los autores proponen un marco que incluye indicadores de oferta, colaboración público-privada, regulación del acceso y rendimiento. Más concretamente, los indicadores son los que se indican en el cuadro 3.

Dimensiones	Indicadores
Oferta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto público por habitante en cuidados de larga duración*</li> <li>• Plazas residenciales por cada 1000 habitantes</li> </ul>
Colaboración ( <i>mix</i> ) público-privada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto privado respecto al gasto total (%)</li> <li>• Disponibilidad de prestaciones económicas**</li> </ul>
Regulación del acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libertad de elección del proveedor de servicios a domicilio***</li> <li>• Libertad de elección del proveedor de servicios residenciales***</li> <li>• Posibilidad de elección entre servicios y prestaciones***</li> <li>• Restricciones en la elección****</li> <li>• Selectividad de algún servicio o prestación (sí/no)</li> </ul>
Rendimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperanza de vida mayores de 65</li> <li>• Población mayor de 65 con buen estado de salud autopercibida (%)</li> </ul>

\* Solo se tiene en cuenta el gasto sanitario en cuidados, lo que puede sesgar los resultados del análisis. \*\*Escala de 0 a 2, dependiendo de la existencia y el diseño de las prestaciones. \*\*\*Escala de 0 a 4, dependiendo del grado de libertad de elección. \*\*\*\*Indicador sintético derivado de los tres anteriores.

Fuente: Ariaans *et al.* (2021: 611), adaptado

Pese a que, teóricamente, el análisis se centra en el conjunto de la OCDE, once países no fueron considerados debido a la ausencia de datos. A partir de ese marco teórico, el trabajo identifica seis clústeres que, en líneas generales, coinciden solo en cierta medida con los modelos establecidos por otras tipologías:

- Modelo público residual, formado por Letonia, Chequia y Polonia. Oferta y gasto reducidos, compatibles con escasas restricciones en

el acceso y la capacidad de elección. La participación privada en la financiación del gasto es elevada y el impacto es bajo.

- Modelo de atención privada, formado por Alemania y Finlandia. Niveles de atención moderados o elevados, libre uso de las prestaciones económicas y baja participación de las personas usuarias en la financiación del gasto. Escasas restricciones en el acceso y niveles intermedios de rendimiento.
- Modelo de atención pública, formado por Dinamarca, Irlanda, Noruega y Suecia. Nivel elevado de atención y gasto público superior a la media. Preponderancia de los servicios de atención directa. Niveles reducidos de elección y escasas restricciones en el acceso. Indicadores de rendimiento superiores a la media.
- Modelo de atención pública en evolución, formado por Japón y Corea, y similar en varios aspectos al anterior. Se trata de un modelo con niveles de atención y gasto bajos o intermedios. La oferta es fundamentalmente de atención directa y el acceso es relativamente amplio, con escasas posibilidades de elección. Los niveles de rendimiento son también elevados, al menos en lo que se refiere a la esperanza de vida, pero no al estado autopercebido de salud.
- Modelo de atención basado en las necesidades, formado por un número relativamente amplio de países (Australia, Bélgica, Suiza, Luxemburgo, los Países Bajos, Eslovaquia y Eslovenia). Las prestaciones económicas, generalmente de libre uso, están muy extendidas, el gasto público es de nivel medio y el nivel de atención elevado. El acceso es restringido (selectivo), las posibilidades de elección son elevadas, y el rendimiento, superior a la media.
- Modelo de atención privada basado en las necesidades en evolución, formado por Francia, Israel, España, los Estados Unidos y el Reino Unido, así como, en menor medida, Nueva Zelanda y Estonia. En este caso, el peso de la financiación privada es elevado, así como el rendimiento de los servicios, tal y como se han definido. El acceso está restringido tanto por la existencia de criterios de selectividad como por las escasas posibilidades de elección. La principal diferencia con el modelo anterior se refiere a un nivel de atención (cobertura) inferior a la media.

Otros trabajos, elaborados también a partir de datos de los países de la OCDE, han analizado para diferentes momentos temporales los modelos que resultan al combinar las formas de provisión y de financiación de los servicios. Concretamente, Halásková *et al.* (2017) identificaron tres grandes grupos de países a partir de la consideración de cuatro indicadores en 2008 y 2013:

- Gasto en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB.
- Gasto en servicios residenciales como porcentaje del gasto en cuidados de larga duración.

- Porcentaje de personas usuarias de cuidados de larga duración mayores de 65 años con relación al conjunto de las personas usuarias.
- Porcentaje de personas usuarias de servicios residenciales con relación al conjunto de las personas usuarias.

Con esos indicadores, aplicados a trece países, los autores de este trabajo identifican tres clústeres diferentes:

- El primero está formado únicamente por Australia y Corea del Sur. Registra un nivel de gasto bajo (0,4% de media) y un porcentaje elevado del gasto se destina a los servicios residenciales (92,4% de media). Registra también un elevado porcentaje de usuarios de cuidados de larga duración mayores de 65 años (94,5% de media) y en centros residenciales (41,2%).
- El segundo clúster está formado por Chequia, Grecia y Hungría (en este caso, solo en 2013). Estos países registran un gasto público en cuidados de larga duración muy bajo (0,2% del PIB), y destinan una parte importante de ese gasto a la atención residencial (89%).
- El mayor número de países se ubica en el tercer clúster (Dinamarca, Finlandia, Alemania, Hungría, Chequia, Luxemburgo, los Países Bajos, Noruega y Suecia). Estos países comparten un porcentaje elevado de usuarios de cuidados de larga duración mayores de 65 años (76,8% de media), un gasto público más elevado que los demás países (2,35% de media, aunque con una importante dispersión). El gasto en servicios residenciales supone un 54,3% —aunque la dispersión aquí también es grande— y el peso de los usuarios de servicios residenciales respecto al total de usuarios de cuidados de larga duración es bajo (30,7% de media, con valores que oscilan entre el 21,8% de Noruega en 2013 y el 41,8% de Finlandia en 2013).

Más allá de la escasa capacidad de discriminación del modelo, uno de los elementos que cabe destacar del análisis de Halásková *et al.* (2017) es que, salvo en el caso de Hungría, la totalidad de los países analizados se ubican en 2013 en el mismo grupo en el que se ubicaban en 2008.

El análisis de las tendencias y dinámicas de cambio es, precisamente, una cuestión a la que los estudios comparativos revisados prestan poca atención. En efecto, son pocos los trabajos que analizan en qué medida o en qué sentido evolucionan los distintos modelos o, dentro de cada modelo, los países que lo componen.

Uno de los trabajos que adopta esa perspectiva pone de manifiesto que, al margen de las diferencias que se pueden identificar entre modelos y entre países, las tendencias de cambio son similares en todos ellos (Gori *et al.*, 2015). Para los autores, si bien es cierto que esas tendencias de cambio responden

a rutas o procesos diferentes, el incremento del peso de los recursos comunitarios frente a los institucionales se ha producido en todos los países. Las razones de ese cambio común pueden estar en el hecho de que, independientemente del modelo, a principios de la década los servicios residenciales predominaban en todos los países, pese a que las personas mayores preferían la atención en el domicilio; en que hubo un cambio en el perfil de las personas atendidas en los centros residenciales, las cuales presentaban necesidades de atención más intensas; en las políticas públicas favorables a la desinstitucionalización o en el menor gasto atribuido a los servicios comunitarios.

Tras analizar en detalle las características de seis países correspondientes a otros tantos modelos —Alemania, Inglaterra, Suecia, Australia, los Estados Unidos e Italia—, los autores llegan a la conclusión de que las tendencias de cambio registradas desde los primeros años del siglo XXI son las mismas en todos ellos. Por una parte, se ha reducido la cobertura de los servicios de atención residencial, si bien se ha incrementado su intensidad (medida en función del coste unitario de los servicios). Lo contrario ha ocurrido en el caso de los servicios de atención en el entorno comunitario: su cobertura ha crecido, mientras que se ha reducido su intensidad, medida en este caso en función de las horas de atención de los servicios de atención domiciliaria y de la cuantía de las prestaciones económicas (Gori *et al.*, 2015).

El análisis de las tendencias de cambio es también objeto de atención de uno de los trabajos comparativos más recientes sobre modelos de cuidados de larga duración en Europa (Simons *et al.*, 2024). Este trabajo analiza los procesos de reforma que se han dado en los diferentes países, diferenciando por una parte la tendencia a la convergencia —diferentes países van adoptando herramientas comunes y van convergiendo en un modelo común— y, por otra, la tendencia a la hibridación, caracterizada por la adopción, dentro de cada modelo, de mecanismos y herramientas que corresponden, teóricamente, a otros modelos.

La aportación más reciente a este amplio corpus de literatura sobre tipologías de modelos de cuidados de larga duración ha venido de la mano de la OCDE (Llena-Nozal *et al.*, 2025). En un trabajo reciente de este organismo, se propone una tipología de modelos basada en cinco grandes dimensiones:

- **Acceso.** En lo esencial, esta dimensión se relaciona con los criterios de acceso (elegibilidad, universalidad), las tasas de cobertura de la demanda potencial, y el equilibrio entre las prestaciones económicas y los servicios de atención directa.
- **Disponibilidad.** Esta dimensión se refiere a la disponibilidad de servicios formales y al apoyo que se presta a las personas cuidadoras informales.

- **Financiación.** Esta dimensión tiene en cuenta la generosidad y la eficiencia de cada sistema: el nivel de gasto público, los costes vinculados al copago y la capacidad del sistema para el riesgo de pobreza entre las personas con necesidades de cuidados de larga duración.
- **Gobernanza.** Esta dimensión tiene en cuenta la estructuración competencial y el nivel de integración de cada modelo, con particular atención a los mecanismos de integración sociosanitaria, la descentralización del sistema y el equilibrio entre proveedores públicos y privados.
- **Calidad.** Esta dimensión se relaciona con los ratios de atención, los requisitos mínimos de cualificación requeridos al personal y el marco que regula la calidad de la atención.

A partir de la identificación de los indicadores que capturan esas dimensiones, las autoras de este trabajo identifican cuatro grupos o clústeres:

- El primer grupo está formado por Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia y Suecia. Estos países tienen las tasas de cobertura de servicios formales más elevadas y establecen el acceso a los servicios en función de las necesidades, pero también de la renta. Los países de este grupo difieren en cuanto al equilibrio entre prestaciones económicas y servicios de atención directa, tienen niveles bajos de copago y un gasto público elevado. La oferta de proveedores públicos es importante y se han desarrollado sistemas relativamente exigentes para la acreditación de la calidad.
- El segundo grupo está formado por Alemania, Islandia, Japón, Luxemburgo, Malta, los Países Bajos, Eslovenia y el Reino Unido. En este caso, la focalización —por necesidad y/o por renta— es menor, los servicios de atención directa prevalecen sobre las prestaciones económicas y los niveles de copago son altos, al menos en comparación con el grupo anterior. Además, la oferta de servicios de atención formal y la dotación de profesionales es elevada. Se trata de modelos centralizados fundamentalmente basados en proveedores privados. Aunque los requerimientos profesionales no son estrictos, existen sistemas relativamente exigentes de acreditación y aseguramiento de la calidad.
- Los países que forman el tercer grupo son Canadá, Estonia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia y los Estados Unidos. Las principales características de los países de este grupo se refieren a la descentralización de su organización competencial y su carácter selectivo, focalizado en las personas de renta baja y/o elevadas necesidades de apoyo. La oferta de servicios formales es inferior a la media y los niveles de copago son elevados. Estos países aplican, además, ratios profesionales de obligado cumplimiento, exigencias relativamente elevadas en cuanto a cualificación profesional y sistemas de acreditación de los servicios.

- El cuarto grupo está formado por Chequia, Croacia, Grecia, Lituania, España, Polonia, Portugal, Eslovaquia. Se trata de los países que destinan un gasto público más bajo a los cuidados de larga duración. Se caracterizan también por la fragmentación de su organización competencial y la ausencia de mecanismos de gestión de la calidad. Si bien son, en teoría, sistemas universales, su cobertura es baja y se basan parcial o totalmente en prestaciones económicas. El cuidado informal es muy prevalente, el copago es alto y, aunque se exigen, en general, unas ratios mínimas de atención, no existen sistemas sólidos de aseguramiento de la calidad.

## 2.2. Tipologías específicas

Al margen de que el análisis sea estático o dinámico, las tipologías o modelos descritos en las páginas precedentes tienen carácter integral o multidimensional, en la medida en que consideran el conjunto de los elementos o dimensiones que permiten caracterizar cada sistema o grupo de sistemas (si bien se centran preferentemente, como se explica más adelante, en un número determinado de dimensiones, como la cobertura, el acceso o la financiación).

Además de estas tipologías multidimensionales, son también numerosos los análisis tendentes a crear tipologías basadas en dimensiones específicas, como la financiación, la gobernanza, el papel asignado a los diferentes agentes sociales, el grado de familiarización o la capacidad de cada sistema para reducir —o, por el contrario, consolidar— los roles y desigualdades de género. En este sentido, algunos estudios han puesto de manifiesto que, tanto en el ámbito de la salud como en el de los cuidados, se están produciendo procesos de hibridación, de modo que los países que en un momento dado pertenecían a un modelo determinado, van incorporando mecanismos “importados” de otros países, de manera que acaban asemejándose a países que, originalmente, formaban parte de otros modelos (Bertin *et al.*, 2021).

### a. Modelos relacionados con la financiación

Entre las tipologías o clasificaciones que abordan elementos específicos, una de las más habituales se refiere a los sistemas de financiación de los cuidados de larga duración.

Algunos autores diferencian los modelos de financiación de la atención a la dependencia entre los que operan *ex-ante* (antes de que el riesgo de dependencia se materialice y se produzca la necesidad de cuidados) y los que operan *ex-post*, cuando el riesgo de dependencia se ha concretado en una situación real de dependencia y se produce por tanto una necesidad de cuidados (Costa-Font *et al.*, 2015). Entre los mecanismos *ex-ante*, Costa-Font hace referencia al ahorro y los seguros privados, los

seguros públicos y la prevención de la dependencia. Entre los mecanismos *ex-post*, se señalan la cobertura pública de los cuidados mediante impuestos generales —que puede ser universal o focalizada en la población con menos recursos—, la atención informal, la autofinanciación de los cuidados y las hipotecas inversas. Obviamente, se trata de fuentes de financiación complementarias —no alternativas—, si bien cada país o grupo de países tiende a dar prioridad a un enfoque determinado sobre los demás.

En una línea parecida, un reciente estudio del Banco Mundial clasifica los países en cuatro grandes grupos, en función del tipo de financiación de los servicios de atención a la dependencia (Joshua, 2017):

- Países que basan su modelo en sistemas de aseguramiento social, como Alemania, los Países Bajos, Corea o Japón.
- Países que basan su modelo en la cobertura universal de los servicios de atención a la dependencia, financiados mediante impuestos generales (los países nórdicos, entre otros).
- Países que basan su modelo en una cobertura selectiva de los servicios, dirigida solo a personas con recursos inferiores a un umbral determinado, y financiados también mediante impuestos generales. Sería el caso de Inglaterra o los Estados Unidos.
- Modelos híbridos, como el francés, que combinan características de diversos modelos.

A partir de esas dimensiones, se ha comparado el despliegue y el rendimiento de los diversos modelos de financiación, así como sus principales características (Lee *et al.*, 2023). La tabla 1 recoge algunas de las principales características de cada uno de los modelos de financiación: como se observa en ella, los países que basan la financiación de su modelo en el seguro de salud registran una cobertura más elevada, pero un gasto público más reducido y un gasto privado más elevado. Por el contrario, el gasto público más elevado corresponde, con diferencia, a los países que tienen seguros obligatorios de cuidados de larga duración, con un nivel de gasto privado intermedio. Por último, los países que basan la financiación de los cuidados de larga duración en impuestos registran una cobertura más baja, un gasto público intermedio y un gasto privado bajo.

Más allá de esos resultados, el estudio de Lee *et al.* (2023) analiza en qué medida se comparten, dentro de cada modelo de financiación, características comunes en lo que se refiere a la selectividad, la preferencia por los servicios de base domiciliaria o la organización competencial. Para los autores, los países que basan sus sistemas en los impuestos generales y en los seguros de salud tienden a aplicar en mayor medida criterios restrictivos. En lo que se refiere al equilibrio entre tipos de servicios, parece que los modelos basados en impuestos dan prioridad a la atención domiciliaria. No parece observarse, por otra parte, una

Tabla 1. Indicadores económicos y de cobertura por modelo de financiación

	Cobertura (% mayores de 65 años en 2019)	Gasto en servicios domiciliarios (%)	Gasto público (%)*	Gasto privado (%)*
Impuestos	3,6	40,7	1,35	0,19
Seguro de salud	4,3	29,0	0,84	0,29
Seguro de cuidados de larga duración	3,8	24,7	1,50	0,25
Media OCDE	3,8	34,4	1,25	0,22

\* Gasto en cuidados de larga duración per cápita con relación al PIB per cápita

Fuente: elaboración propia a partir de Lee *et al.* (2023)

relación clara entre los modelos de financiación y los sistemas de organización territorial.

Existen pocas tipologías relacionadas con las opciones que cada país adopta para facilitar la “asequibilidad” de los cuidados, es decir, la posibilidad de que las personas puedan acceder a servicios de atención suficientemente intensos con un esfuerzo económico razonable, ya sea porque el coste de los servicios es reducido, porque el apoyo público para acceder a esos servicios es elevado o por ambas razones<sup>3</sup>. A partir de los datos de la OCDE, Angrisani *et al.* (2022) han calculado un índice de asequibilidad que tiene en cuenta, por una parte, el coste unitario de los servicios y, por otra, el apoyo público para acceder a ellos y, en consecuencia, la parte del coste de la atención que deben afrontar las personas por sus propios medios. Concretamente, el índice tiene en cuenta si las personas potencialmente usuarias de los servicios pueden asumir el copago que les corresponde en función de sus necesidades, el coste de los servicios y el apoyo público recibido para financiarlo. El trabajo también calcula un índice de progresividad, en función de si el apoyo recibido varía de forma importante según el nivel de renta.

De acuerdo con los datos del estudio, Bélgica, Alemania, Francia, los Países Bajos, Luxemburgo, Suecia y Austria estarían en el grupo de asequibilidad alta, mientras que Estonia, Eslovenia, Chequia, Croacia, Italia, España y los Estados Unidos estarían en el grupo de baja asequibilidad. En estos países, el nivel medio de copago duplica el que se produce en los países de alta asequibilidad. En lo que se refiere a la progresividad, Francia, Alemania, Suecia, Bélgica, Luxemburgo, Chequia y Eslovenia serían países de baja progresividad, mientras que la progresividad es alta en Austria, los Países Bajos, Estonia, Croacia, España, Italia y los Estados Unidos. El análisis también pone de manifiesto que los países con modelos más asequibles resultan ser los menos progresivos, es decir, los que ofrecen un grado de apoyo a las personas usuarias independientemente de su nivel de renta.

<sup>3</sup> La asequibilidad es, de hecho, uno de los objetivos básicos de la Estrategia Europea de Cuidados, y puede entenderse como una aproximación al nivel de mutualización, en la medida en que una parte del elevado coste que suponen los servicios es asumida por el conjunto de la sociedad.

## b. Modelos relacionados con la participación de los agentes sociales y la estructuración competencial

Pese a su relevancia en los estudios comparativos que hemos considerado multidimensionales, puede pensarse que el papel de los agentes sociales y, especialmente, de las empresas con fin de lucro en la generación de modelos de cuidado ha recibido una escasa atención. Uno de los trabajos realizados en esta línea (Rothgang *et al.*, 2021) identifica ocho modelos diferentes, que se agrupan en tres clústeres, teniendo en cuenta qué tipo de agente asume la responsabilidad de la provisión, la financiación y la regulación de los cuidados. Los agentes que participan en esa distribución son la administración pública —estatal, regional o local—, las entidades sin fin de lucro, las empresas, los individuos (fundamentalmente, las personas cuidadoras y cuidadas) y los actores globales, como los organismos internacionales. La combinación de las posibilidades de intervención de estos cinco tipos de agentes en estas tres funciones genera hasta cien posibles tipos o modelos diferentes, de las que cinco serían “puros”, en la medida en que un solo agente —el Estado, por ejemplo— asume en exclusiva tanto la financiación como la provisión y la regulación del sistema.

A partir de ese esquema, los autores crean tres grandes grupos, dentro de cada uno de los cuales se incluyen modalidades diferentes (en todos los casos, el análisis se refiere al momento de introducción de cada sistema nacional):

- Un primer modelo se basa en la regulación y la financiación estatal. Dentro de este grupo, los países nórdicos se caracterizan por la provisión directa por parte de la Administración; Australia, los Países Bajos y Portugal, por el papel de las entidades sin fin de lucro; España, el Reino Unido y Uruguay, por las entidades mercantiles, y Austria, con Uruguay, por el papel de los agentes individuales.
- El segundo modelo también se basa en la regulación estatal, si bien la financiación corresponde a los agentes sociales y la provisión adopta diversas formas. En este grupo, Japón, Luxemburgo e Israel se caracterizan por la mezcla de proveedores con y sin fin de lucro, mientras que Singapur lo hace por la mezcla de proveedores con fin de lucro e individuales.

- El tercer grupo se basa en la regulación por parte de agentes privados, la financiación por entidades sociales y la provisión por empresas (Corea) o por los individuos (Alemania), debido al papel que estos agentes adoptan en la gestión de los seguros públicos de dependencia.

Otra cuestión de interés se refiere a la agrupación de los modelos desde la perspectiva del reparto competencial en el que se base el modelo de cuidados. En esa línea, se han propuesto cinco modelos o sistemas diferentes de descentralización de las políticas de atención a las personas mayores (Och, 2015):

- Uno muy descentralizado, en el que el Estado central delega las políticas de atención social en los Gobiernos locales.
- Un segundo sistema caracterizado por las responsabilidades locales en los servicios de atención a las personas mayores y las competencias compartidas en los sistemas de prestaciones económicas, que se regulan y administran principalmente a nivel local o regional, mientras que la financiación se comparte con el Estado central.
- El tercer modelo se basa en un marco regulatorio nacional, pero sin embargo otorga a los Gobiernos locales una gran autonomía y responsabilidad en la regulación, administración y financiación.
- El cuarto modelo se basa en una regulación central más estricta, pero aún con cierta influencia reguladora para los niveles inferiores de gobierno, que son responsables de la administración y de parte de la financiación.
- El quinto modelo se caracteriza por una mayor regulación central de la administración y financiación de los cuidados, en las que las autoridades locales solo tienen algunas responsabilidades menores.

### c. Modelos relacionados con las herramientas para la gestión de la calidad

Uno de los elementos que progresivamente ha ido adquiriendo una mayor relevancia en la gestión de los cuidados de larga duración se refiere al desarrollo de sistemas de evaluación y gestión de la calidad. Diversos autores han definido, en ese sentido, una serie de modelos ideales de gestión y regulación de la calidad según el tipo de herramientas que, en cada sistema, tienen una mayor relevancia, según las funciones básicas que se le atribuyen al sistema y según el contexto institucional y administrativo sobre el que se asientan. En esta línea, pueden distinguirse tres grandes enfoques reguladores (Leone *et al.*, 2014):

- Enfoque “profesionalista” (Alemania, Suiza, Japón, Austria). El enfoque profesionalista se caracteriza por el importante papel que las asociaciones profesionales tienen en lo que se refiere a la definición de los estándares de calidad, así como

a su control y seguimiento. En estos países, las administraciones públicas actúan en estrecha conexión con las entidades profesionales en lo que se refiere a la definición de los estándares de atención y de los requisitos para el ejercicio de las labores profesionales en este campo, lo que implica que la sociedad ha depositado en estas entidades una elevada confianza en su capacidad reguladora. En ese sentido, en el marco de este modelo se considera que las instituciones sociales que articulan las diferentes profesiones cuentan con un alto grado de conocimiento teórico y práctico, así como de legitimidad, por lo que las administraciones públicas no deben aspirar a ocupar su papel, sino, más bien, a delegar en ellas la definición de los criterios que determinan la calidad de la atención.

- Enfoque basado en la inspección. El enfoque basado en la inspección —al que corresponden los Países Bajos, Australia, Bélgica, Francia o España— se caracteriza por el papel que se atribuye al establecimiento detallado de requisitos funcionales, materiales y de personal en la normativa reguladora y a su posterior comprobación por parte de la inspección. Se trata, en principio, de modelos en los que el papel regulador se atribuye a las administraciones públicas —no a los profesionales, como en el caso anterior—, que son quienes definen los estándares de calidad e inspeccionan y evalúan su cumplimiento. Estos países han desarrollado, por lo general, sistemas sólidos de autorización y homologación a partir de una regulación detallada y profusa que, sin embargo, no siempre se aplica íntegramente.
- Enfoque basado en la evaluación y la recolección y publicación de datos. El tercer modelo se refiere a los sistemas basados en la evaluación de los resultados de la atención, la recolección de datos o indicadores y la publicación de esos resultados. Se asocian a este enfoque países como los Estados Unidos, Suiza, Canadá o Nueva Zelanda, si bien cabe pensar que países pertenecientes a otros modelos —como Alemania— también se caracterizan por el uso de ese tipo de herramientas. En todo caso, lo que define a estos modelos es el uso de diversas escalas de valoración para el diseño y seguimiento de los planes de atención y/o la publicación de los resultados de las inspecciones y evaluaciones realizadas, atribuyéndose una calificación a cada centro o servicio, al objeto de que toda aquella persona interesada pueda conocer la calidad de la atención prestada en ellos. Este enfoque se asocia a aquellos países en los que la lógica de mercado es más prevalente y se busca que el consumidor disponga de toda la información necesaria para elegir el servicio que garantiza una mayor calidad.

Recientemente, el estudio de la Aged Care Quality Commission al que previamente se ha hecho referencia (Dyer *et al.*, 2019) ha incorporado estos enfoques al análisis general de los modelos internacionales de cuidados de larga duración, clasificando diversos

países en los modelos propuestos en este esquema. De esta forma, el modelo profesionalista corresponde a Alemania, Japón y Suiza; el basado en la inspección, a Australia, Dinamarca, Inglaterra, los Países Bajos y Singapur, y el basado en indicadores y publicación de informes, a Canadá, Corea, Nueva Zelanda, Suecia y los Estados Unidos.

**d. Modelos relacionados con la (des)familiarización y la igualdad de género**

Sin duda, uno de los elementos que ha generado un mayor interés, desde el punto de vista de la identificación de modelos o tipologías de cuidados de larga duración, es el grado en el que cada sistema consolida y refuerza —o, al contrario, reduce o alivia— la responsabilidad que se atribuye a las familias respecto a la prestación de cuidados de larga duración. Esta dimensión se relaciona de forma directa con la capacidad de cada uno de los modelos para revertir —o, al contrario, consolidar y reforzar— las desigualdades de género sobre las que se asientan los modelos de cuidados, en la medida en que son las mujeres las que mayoritariamente asumen las responsabilidades familiares respecto al cuidado informal.

En uno de los trabajos iniciales para la delimitación de regímenes de cuidado que considera los cuidados a las personas mayores, además del cuidado a la infancia, Leitner (2003) tiene en cuenta dos dimensiones para evaluar el grado de familiarismo de los cuidados de larga duración: por una parte, la disponibilidad de servicios de cuidados a domicilio y, por otra, la existencia de prestaciones económicas para la contratación de cuidados formales (cuadro 4). Con esa base, y pese a la ausencia de datos e incluso de políticas suficientemente asentadas en aquella época en la mayor parte de los países, la autora constata la existencia de tres modelos ya establecidos para el cuidado infantil:

- El llamado “familiarismo opcional”, correspondiente a los países nórdicos, registra coberturas de cuidados en el domicilio elevadas, así como prestaciones económicas para las personas cuidadoras.
- El “familiarismo implícito” se caracteriza por niveles de apoyo a domicilio bajo, con o sin prestaciones económicas.
- El “familiarismo explícito” registra niveles reducidos de apoyo a domicilio con un relativamente amplio desarrollo de las prestaciones económicas para las personas cuidadoras.

Como en el caso anterior, Saraceno y Keck (2010) combinan pocos años más tarde el análisis de los cuidados a la pequeña infancia y a las personas mayores, distinguiendo tres grandes orientaciones que definen el conjunto de las políticas sociales: el familiarismo por defecto, el familiarismo apoyado y la desfamiliarización. En lo que se refiere al cuidado de las personas mayores —incluyendo, en este análisis, el apoyo económico—, el modelo de Saraceno y Keck tiene tres dimensiones en cuenta: el grado de selectividad, el nivel de necesidad que da acceso al servicio y la intensidad de los apoyos. A estas tres dimensiones se suma la diferenciación entre servicios de atención directa y prestaciones económicas y, en el último caso, los posibles usos de estas prestaciones.

A la hora de establecer modelos o clústeres, los datos utilizados en el estudio no parecen ser capaces de distinguir agrupaciones suficientemente sólidas y apuntan, más bien, a que en todos los países pueden detectarse trazas de los tres modelos señalados. Con todo, existen diferencias tanto entre países como entre necesidades —atención a menores y atención a mayores—, con países con aproximaciones muy diferentes en función de los ámbitos de necesidad analizados. Pocos países tienen una misma aproximación para los distintos tipos de apoyo y para los dos grupos de población considerados.

En todo caso, el estudio de Saraceno y Keck señala que tanto Francia como los países nórdicos comparten una orientación común hacia la desfamiliarización, combinada con rasgos de familiarismo apoyado, en el caso del cuidado infantil. Al contrario, Polonia, Italia, Grecia y España comparten un modelo de familiarismo por defecto para ambos colectivos. Los Países Bajos, Irlanda y Luxemburgo se ubican en el cuadrante de la desfamiliarización en el caso de las personas mayores, y del familiarismo por defecto en el caso de los cuidados infantiles. Alemania formaría parte del familiarismo apoyado en el caso del cuidado infantil y, en menor medida, de la población mayor, mientras que el Reino Unido muestra un alto nivel de desfamiliarización en ambos casos.

Otro de los estudios pioneros en esta línea se centra de forma específica en el cuidado a las personas mayores (Pfau-Effinger, 2014) y propone tres modelos o regímenes de cuidado familiar: el modelo de cuidado familiar informal, el modelo de cuidado semifamiliar y el modelo de cuidado formal. El primero se caracteriza por promover cuidados familiares informales, desde la lógica de la solidaridad familiar. El segundo se basa en que el cuidado informal, sin llegar

Cuadro 4. Modelos de familiarismo en los cuidados de larga duración (Leitner, 2003)

Desarrollo de los cuidados a domicilio			
		Amplio	Escaso
Prestaciones económicas para el cuidado	Sí	Familiarismo opcional (Dinamarca, Finlandia, Suecia)	Familiarismo explícito (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Reino Unido)
	No		Familiarismo implícito (Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, España)

Fuente: Leitner (2003: 365), adaptado

a considerarse un empleo formal, se conceptualiza como recurso, por lo que desde las políticas públicas se intenta reconocer, recompensar y apoyar. El tercero de los modelos concibe el cuidado familiar como un empleo, lo que implica garantizar tanto una remuneración como una serie de derechos, fórmulas de contratación y servicios de apoyo. Se trata, en todo caso, de una primera aproximación teórica que no viene apoyada en datos o indicadores y que no se materializa en una clusterización específica, lo que impide valorar su capacidad de discriminación.

Ya en la segunda década de este siglo, el análisis del grado de familiarismo de los cuidados de larga duración ha adquirido una mayor complejidad, tanto desde el punto de vista conceptual como empírico. En esa línea, rechazando que exista una línea continua que va de la familiarización a la (des)familiarización, Eggers *et al.* (2018) proponen un esquema que diferencia entre el apoyo económico al cuidado familiar y la oferta de cuidados externos al entorno familiar. Con esas dos dimensiones, y a partir del estudio de cinco países, estas autoras elaboran un modelo con cuatro posibles orientaciones:

- Países con niveles elevados de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar. En este modelo se permite optar entre diferentes modelos y se busca alcanzar una política de cuidados igualitaria desde la perspectiva de género.
- Países con niveles reducidos de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y elevados en lo que se refiere al cuidado familiar. En este caso, el modelo de cuidados de larga duración conceptualiza el apoyo familiar como un sustituto económico del apoyo formal prestado fuera de la familia y financiado públicamente.
- Países con niveles elevados de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y reducidos en lo que se refiere al cuidado familiar. En este caso, la política de cuidados de larga duración busca un cambio cultural que reduzca la responsabilidad de la familia o, alternativamente, ofrecer apoyos de suficiente intensidad en contextos en los que pagar por el apoyo familiar no está culturalmente aceptado.
- Países con niveles reducidos de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar. Las administraciones no asumen responsabilidades sobre los cuidados de larga duración y se espera que sean las familias las que asumen esa responsabilidad.

Tras identificar estos modelos teóricos, las autoras analizan en qué medida se corresponden con las políticas efectivamente desarrolladas en cinco países de Europa (Dinamarca, Italia, Irlanda, Alemania y Chequia). El análisis de las políticas que cada país desarrolla permite señalar que Dinamarca se ubicaría plenamente en el primer modelo e Italia (así como, en gran medida, Irlanda) en el cuarto. Alemania y Chequia se ubicarían a medio camino de varios de

esos modelos, puesto que sus políticas de cuidados de larga duración se caracterizan por un nivel de apoyo medio al cuidado familiar y un nivel de apoyo medio/alto al cuidado formal. El análisis descarta, en cualquier caso, que el apoyo al cuidado familiar y el cuidado formal fuera de la familia sean políticas antitéticas en la medida en que algunos países desarrollan ambas políticas de forma simultánea, mientras que otros las descartan, también de forma simultánea. Los Estados del bienestar pueden ofrecer, por tanto, niveles de generosidad similares para ambas políticas.

A partir de esa clasificación, los autores analizan el impacto de cada uno de esos modelos en una serie de indicadores relacionados con la igualdad de género. El análisis realizado pone de manifiesto que el modelo danés —niveles elevados de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar— genera una mejor situación desde la perspectiva de la igualdad de género, mientras que los peores resultados se dan en Italia e Irlanda, que se corresponden con el cuarto de los modelos teóricos planteados (niveles reducidos de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar).

Uno de los trabajos más recientes para la construcción de tipologías relacionadas con el grado de familiarización de los modelos de cuidados de larga duración plantea la existencia de tres tipos o regímenes a partir de cinco indicadores (Van Damme *et al.*, 2024): la extensión de los servicios, calculada a partir de la cobertura de plazas residenciales y el número de trabajadores/as del sector de los cuidados de larga duración con relación a la población mayor de 65 años; la duración de los permisos para el cuidado de personas mayores, considerando una duración doble para los permisos remunerados; la existencia de prestaciones económicas o deducciones fiscales; la existencia de servicios de respiro, y el gasto público en cuidados de larga duración corregido por la esperanza de vida en mala salud de la población mayor de 65 años. A partir de esos indicadores, se construye una tipología similar a las anteriores, que se resume en el cuadro 5.

**Cuadro 5. Modelos de familiarismo en los cuidados de larga duración (Van Damme *et al.*, 2024)**

Categorías	Países
Familiarismo por defecto	Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Portugal, Chequia, Grecia, Italia, Polonia, Eslovaquia
Familiarismo apoyado	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Eslovenia, Luxemburgo, España, Suiza, Reino Unido
Desfamiliarismo	Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Países Bajos

**Fuente:** elaboración propia a partir de Van Damme *et al.* (2024)

Como se ha visto, los modelos de cuidado que tienen en cuenta el grado de (des)familiarización que aportan los cuidados consideran el impacto de cada sistema sobre la igualdad de género como un elemento esencial. Algunos trabajos han intentado medir de forma más explícita ese impacto, calculando para cada modelo de cuidado/género un grado determinado de igualdad de género en las actividades de cuidado. Para ello, Bartha y Zentai (2020) establecen primero cuatro grupos de países en función de dos variables: de una parte, la medida en que se basan en el modelo de familias con doble receptor/a de ingresos y, por otro, el grado de apoyo prestado a las personas cuidadoras. La adscripción de cada país a cada grupo depende de variables como el gasto en cuidados de larga duración, el nivel de necesidades de cuidado no atendidas, la calidad de la regulación de los servicios de cuidado a domicilio y la brecha de empleo entre mujeres y hombres. Luego, elaboran un índice de igualdad de género en las actividades de cuidado, a partir de diversos indicadores cuantitativos.

El cuadro 6 resume los resultados del trabajo. Ningún país se ubica claramente en un modelo concreto, sino que todos se acercan de forma más o menos clara a los modelos ideales definidos por la función asignada a hombres y mujeres como proveedores de ingresos, y por el grado de apoyo a las personas cuidadoras.

Como se observa en el cuadro, los países del Sur y el Este de Europa se agrupan en los modelos 1 y 2. Si bien la cercanía al modelo de doble receptor/a de ingresos es variable, estos países se caracterizan por un escaso apoyo a la persona cuidadora. Los países del Norte de Europa, junto con Bélgica y los Países Bajos, se ubican en el modelo 4 (doble receptor/a de ingresos y apoyo a la persona cuidadora). El modelo 3 —modelo débil de doble receptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado/a— agrupa países muy diversos

entre sí, como Chequia, Estonia, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Eslovenia o el Reino Unido. Los datos ponen de manifiesto, en cualquier caso, que la igualdad de género en el trabajo de cuidados se relaciona claramente con el modelo de cuidados y atribución de funciones en la familia, resultando más bajo en los países del primer grupo y más alto en los del cuarto.

#### e. Análisis de la intersección entre el familiarismo y las características de las prestaciones económicas desde una perspectiva dinámica

Otras investigaciones han examinado la relación entre los modelos de familiarismo que se acaban de señalar y el papel específico que juegan las prestaciones económicas, desde una perspectiva dinámica (Da Roit y Le Bihan, 2019; Le Bihan, Da Roit y Sopadzhian, 2019). En estos trabajos, se analizan los factores que explican la introducción de este tipo de prestaciones en diversos países de Europa<sup>4</sup> —en función, fundamentalmente, del grado de desarrollo previo de su modelo— y el impacto que estas prestaciones tienen en el nivel de responsabilización y apoyo a las familias en lo que se refiere a las tareas de cuidado. Por una parte, las autoras plantean una nueva tipología de políticas de cuidados de larga duración a partir de los trabajos previos de Leitner (2003) y Saraceno y Keck (2010). En este esquema, se combinan las políticas de apoyo a los cuidados informales y la existencia de un marco de servicios formales de cuidado. En el primer caso, se diferencia entre los países que cuentan con medidas de apoyo al cuidado informal (mediante prestaciones económicas, políticas de conciliación y derechos de las personas cuidadoras) y los que no. En el segundo caso, se diferencian los países que han desarrollado servicios de cuidado públicos o de responsabilidad pública, los que lo han hecho a través del mercado y los que no han generado una red de servicios de apoyo de ningún tipo.

Categorías	Países	Índice de igualdad de género
Modelo fuerte de doble receptor/a de ingresos y cuidador/a no apoyado/a	Bulgaria, Chipre, Grecia, Italia, Letonia, Portugal, Rumanía	65,2
Modelo débil de doble receptor/a de ingresos y cuidador/a no apoyado/a	Croacia, Hungría, Lituania, Polonia, Eslovaquia, España	64,8
Modelo débil de doble receptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado/a	Chequia, Estonia, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Eslovenia, Reino Unido	73,2
Modelo fuerte de doble receptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado/a	Bélgica, Dinamarca, Países Bajos, Austria, Finlandia, Suecia	78,3

Fuente: Bartha y Zentai (2023: 98), adaptado

<sup>4</sup> Se analizan, en concreto, los casos de Inglaterra, los Países Bajos, Francia, Italia, España, Alemania y Austria.

Cuadro 7. Modelos de cuidados, prestaciones económicas y familiarismo (Le Bihan, Da Roit y Sopadzhyan, 2019)				
Desarrollo de servicios públicos o de responsabilidad pública		Servicios formales de cuidado		
		Desarrollo de servicios privados o de mercado	Ausencia de servicios	
Cuidados informales	Medidas de apoyo	Familiarismo opcional	Familiarismo opcional vía mercado	Familiarismo apoyado
	Sin medidas de apoyo	Desfamiliarismo	Desfamiliarismo vía mercado	Familiarismo no apoyado

Fuente: Le Bihan, Da Roit y Sopadzhyan (2019: 582)

Como se observa en el cuadro 7, de esa combinación se derivan seis categorías:

- El familiarismo opcional, que combina medidas de apoyo a las personas cuidadoras y servicios en especie de responsabilidad pública.
- El familiarismo opcional vía mercado, que combina medidas de apoyo a las personas cuidadoras y servicios en especie provistos por el mercado.
- El familiarismo apoyado, en el que existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, pero no servicios de atención directa de suficiente cobertura o intensidad.
- El desfamiliarismo, en el que no existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, pero sí una gama de servicios de atención directa de responsabilidad pública.
- El desfamiliarismo vía mercado, en el que no existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, pero sí una gama de servicios en especie provistos por el mercado.
- El desfamiliarismo no apoyado, en el que no existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, y tampoco de servicios de atención directa, ya sea de responsabilidad pública o provistos por el mercado.

Una vez definido este esquema, las autoras identifican en qué modelo se ubicaban los diferentes países que analizan en torno a los años noventa y en qué modelo se ubican hoy, fundamentalmente como consecuencia del impacto de las prestaciones económicas de cuidado introducidas sobre todo a principios de este siglo.

De acuerdo con los datos del cuadro 8, en la actualidad los países analizados se ubicarían en los dos modelos de familiarismo opcional, en los que

se combinan políticas de apoyo al cuidado informal y servicios de atención. En un caso — los Países Bajos y Francia—, de responsabilidad pública, y en el otro —Inglaterra, Austria, Alemania, España, Italia—, mediante el mercado. Desde la perspectiva dinámica, solo Inglaterra se habría mantenido en el mismo grupo; los Países Bajos habría pasado del desfamiliarismo al familiarismo opcional —mediante el refuerzo de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras—, Francia habría pasado del familiarismo no apoyado al familiarismo opcional e Italia, España, Alemania y Austria habrían pasado del familiarismo no apoyado al familiarismo opcional vía mercado. El cambio de estos países tiene que ver tanto con el refuerzo de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras (formación, respiro, permisos laborales, apoyo psicológico, formación, información) como al desarrollo de las prestaciones económicas destinadas a las personas cuidadoras.

#### f. Modelos relacionados con la participación de la población inmigrante en las tareas de cuidado

Por otra parte, a partir de la clasificación de los modelos de cuidados de larga duración desde la perspectiva de la (des)familiarización de los cuidados, algunas investigaciones han examinado en qué medida estos modelos se relacionan con un mayor o menor recurso al cuidado realizado por personas inmigrantes, en el marco del análisis de las cadenas globales de cuidados. Los trabajos clásicos al respecto planteaban la emergencia en los países del Sur de un modelo de "migrante en la familia" (Bettio *et al.*, 2006), si bien su trabajo se centraba en el análisis del modelo italiano, y no tanto en la identificación de tipos o modelos.

Cabe decir, en cualquier caso, que, con relación a esta cuestión, resultan más habituales las comparaciones

Cuadro 8. Evolución de los modelos de cuidados, prestaciones económicas y familiarismo (Le Bihan, Da Roit y Sopadzhyan, 2019)		
Modelos	Años noventa	Actualidad
Familiarismo opcional		Países Bajos, Francia
Familiarismo opcional vía mercado	Inglaterra	Inglaterra, Austria, Alemania, España, Italia
Familiarismo apoyado		
Desfamiliarismo	Países Bajos	
Desfamiliarismo vía mercado		
Familiarismo no apoyado	Francia, Italia, España, Alemania, Austria	

Fuente: elaboración propia a partir de Le Bihan, Da Roit y Sopadzhyan (2019)

de un número reducido de países que la elaboración de tipologías capaces de incluir al conjunto de los países de Europa o la OCDE. En todo caso, la mayor parte de los estudios distinguen entre un modelo de migrante en la familia, en el que las familias contratan directamente a personas cuidadoras migrantes, con o sin contrato formal, y otro de "migrante en los servicios", en el que las entidades y centros prestadores de servicios recurren habitualmente a la contratación de personal migrante, generalmente mujeres. El nivel de cualificación y remuneración de los puestos que estas mujeres migrantes ocupan en este sector varía en función de los países y modelos de cuidados.

La combinación de regímenes de cuidado y modelos nacionales de empleo permite establecer también tipologías de interés. En ese sentido, Simonazzi (2009) plantea que la combinación entre tres tipos de aproximaciones al cuidado —mercado formal, mixto y mercado informal— se combina con tres modelos de empleo —nativo, migrante y mixto—. Al optar entre diferentes posibilidades, se obtienen al menos cinco modelos diferentes:

- Suecia y Francia, que combinan un mercado formal con una fuerza de trabajo preferentemente local.
- El Reino Unido, que combina un mercado formal con una fuerza de trabajo formada por población local e inmigrante.
- Alemania, que combina un mercado mixto —en el que convive lo formal y lo informal— con una fuerza de trabajo básicamente local.
- Austria, donde la aproximación mixta se refiere tanto a los servicios provistos como al mercado de trabajo.
- Los países mediterráneos, que combinan mercado informal y población trabajadora migrante.

En esa misma línea, Van Hooren (2012) compara los casos de Italia, Inglaterra y los Países Bajos, que representan tres orientaciones diferentes en este sentido: Italia destaca por el recurso a la contratación directa de cuidadoras migrantes por parte de las familias (modelo de migrante en la familia); Inglaterra, por la elevada presencia de cuidadoras migrantes en centros y servicios de cuidado (modelo de migrante en los servicios formales), y los Países Bajos por la escasa presencia de cuidadoras migrantes, ya sea directamente contratadas por las familias, ya sea por empresas o entidades prestadoras de servicios (Van Hooren, 2012). En el mismo sentido, a partir de la comparación del papel de las cuidadoras migrantes en Alemania, Italia, Suecia y Polonia, Rothgang *et al.* (2021) confirman la existencia de esos modelos: el modelo sueco se correspondería con el del migrante en los servicios formales; el italiano y el polaco, con el modelo de migrante en la familia, mientras que el caso alemán comparte características de ambos modelos (Rothgang *et al.*, 2021).

Combinando indicadores relacionados con las políticas de empleo, de cuidados y migratorias, Da Roit y Witch (2013) analizaron la distribución de los

países de Europa en los dos modelos señalados. La tesis de las autoras es que tanto el modelo de migrante en la familia como de migrante en los servicios puede explicarse por una determinada combinación de políticas migratorias y de empleo, en conjunción con las políticas de cuidado. Dentro de estas, la disponibilidad de prestaciones económicas para cuidados de libre uso juega un papel esencial.

De acuerdo con el análisis realizado, el modelo de migrante en la familia en Austria y Alemania es el resultado de la combinación de un desarrollo limitado de los servicios formales y la existencia de prestaciones económicas de libre uso (es decir, que no se deben utilizar para un fin determinado). A ello se añade un mercado laboral que tiende a la segregación de la población migrante en trabajos poco cualificados. En España, el resultado no viene determinado por la presencia de programas de asistencia en metálico no controlados, sino más bien por un conjunto de condiciones relacionadas con el bajo nivel de regulación de los flujos migratorios (migración indocumentada) y del mercado laboral (economía sumergida), junto con las elevadas tasas de migración vinculada a la búsqueda de empleo. Italia presenta características de las dos vías: en este caso, el resultado de migrante en la familia sería posible incluso en ausencia de prestaciones en metálico de libre uso, dadas las condiciones de su modelo laboral y migratorio. Sin embargo, el régimen de prestaciones económicas podría contribuir efectivamente, junto con las otras dos condiciones observadas para Alemania y Austria, al resultado incluso sin el bajo nivel de migración y regulación del mercado laboral.

A la inversa, los países con un modelo de migrante en los servicios coinciden en carecer de este tipo de prestaciones económicas de libre uso. Sin embargo, aquí también se pueden identificar dos vías. Mientras que en los Países Bajos, Francia, Suecia y Noruega los grandes sectores públicos conducen a una alta prevalencia de emigrantes en el sector formal, en el Reino Unido el gran tamaño del sector privado parece ser el elemento crucial.

Con una gama de países más amplia, un trabajo reciente editado por la Organización Internacional del Trabajo (King-Dejardin, 2019) establece una categorización que permite distinguir 27 modelos diferentes, combinando tres categorías en lo referente al papel de mujeres y hombres en la provisión de recursos, tres categorías en lo que se refiere a las políticas migratorias y cuatro categorías en lo que se refiere al modelo de cuidados. Desde esa perspectiva, cabe señalar algunos ejemplos:

- Los Países Bajos se situarían en un modelo en el que la consideración del hombre como único proveedor de ingresos familiares (*male breadwinner*) es débil (dimensión 1), el régimen migratorio es estricto y restrictivo respecto a la migración no cualificada (dimensión 2) y el modelo de cuidados es mixto, con un seguro obligatorio y una coordinación estatal fuerte.

- Italia se situaría en otro extremo, con un modelo fuerte de hombre proveedor de recursos, un modelo migratorio poco restrictivo y un modelo de cuidados familiarista.
- Alemania se caracteriza también por un modelo fuerte de hombre proveedor de recursos, un modelo migratorio restrictivo con relación a la migración no cualificada y un modelo de cuidados mixto.
- Suecia y Canadá, por su parte, comparten una consideración débil del hombre como proveedor de recursos del hogar, un modelo migratorio restrictivo para la inmigración no cualificada y un modelo de cuidados basado en una intervención pública fuerte.
- El Reino Unido se caracteriza por una consideración intermedia del hombre como proveedor de recursos, un modelo migratorio restrictivo y un modelo de cuidados orientado al mercado.
- Los Estados Unidos se situarían en esa misma posición, pero con un modelo débil de hombre proveedor de recursos en el hogar.
- Finalmente, Singapur se situaría en un modelo débil de hombre proveedor de recursos en el hogar, un modelo migratorio muy regulado, basado en la selección de perfiles muy específicos, y un modelo de cuidados familiarista.

### 3. Dimensiones prioritarias de análisis, modelos ideales y principales limitaciones de los análisis comparados

La revisión de los esfuerzos realizados para la construcción de tipologías relacionadas con los sistemas de cuidados de larga duración permite extraer algunas conclusiones y aprendizajes, además de plantear propuestas que avancen en la mejora del análisis comparado de estas políticas. En este apartado se resumen, por una parte, las dimensiones e indicadores que más frecuentemente se tienen en cuenta en estas comparaciones, así como los modelos de cuidados de larga duración que con más claridad emergen. Se señalan también los retos y limitaciones a los que se enfrentan estos estudios comparados y, a partir de lo anterior, en el siguiente punto, se plantea una propuesta para avanzar en el estudio comparado de los sistemas de cuidados de larga duración.

#### a. Dimensiones e indicadores de uso más habitual

A la hora de señalar las dimensiones e indicadores que con más frecuencia se incluyen en las comparaciones, o las que tienen una mayor capacidad de discriminación de modelos, conviene señalar que en la revisión anterior se ha hecho referencia a trabajos de distinto tipo:

- Por una parte, estudios que comparan la situación de cada país con relación a uno o varios aspectos

determinados (la financiación, la provisión). Estos trabajos pueden basarse tanto en elementos cuantitativos como cualitativos, y se centran habitualmente en un número elevado de países —los de la UE o los de la OCDE, por ejemplo—, si bien en algunos casos se realizan comparaciones entre grupos más reducidos.

- Por otra, estudios diseñados para clasificar a los diferentes países en el marco de una tipología analítica determinada. Estas tipologías pueden referirse a aspectos específicos de los cuidados de larga duración o a la integralidad de los modelos, pueden estar basados en indicadores cuantitativos o cualitativos —o una mezcla de ambos— y pueden o no basarse en metodologías estadísticas específicas para la agrupación o clusterización de los países en categorías específicas.

A partir del análisis de las tipologías recogidas en la revisión anterior, es posible identificar los elementos que con más frecuencia se tienen en cuenta a la hora de realizar tipologías o clasificaciones de los sistemas de cuidados de larga duración. Los más relevantes o habituales son los siguientes:

- Probablemente, el aspecto que en mayor medida se analiza es el que tiene que ver con las fórmulas de acceso a los servicios de responsabilidad pública y, más concretamente, el grado de universalidad o selectividad de cada modelo. La orientación universalista hacia el conjunto de la población en situación de necesidad o, por el contrario, la orientación selectiva hacia la parte de la población con menores niveles de renta es el elemento que en mayor medida se tiene en cuenta a la hora de construir modelos de cuidados de larga duración. Junto con la universalidad desde la perspectiva de los ingresos, las tipologías también tienen en cuenta otros aspectos, como el grado en el que el acceso a los servicios está garantizado —por encima de la discrecionalidad técnica, política o económica— a las personas que cumplen los requisitos y el grado de focalización (*targeting*) en las personas con necesidades más severas.
- El segundo grupo de indicadores o dimensiones tienen que ver con el alcance de cada sistema, ya sea en términos de cobertura poblacional o de gasto público. En ese sentido, la mayor parte de los estudios comparativos tienen en cuenta qué porcentaje de la población en situación de necesidad es atendida por el sistema de cuidados de responsabilidad pública y qué porcentaje del gasto que requieren los cuidados es asumido por las administraciones, además de los niveles generales de gasto público, generalmente con relación al PIB.
- El tercero de los elementos o dimensiones que se tiene en cuenta es el relacionado con el nivel de (des)familiarización que cada sistema genera. Se analiza, en ese sentido, tanto desde la perspectiva del despliegue del sistema como de su diseño, en qué medida cada sistema ofrece alternativas al cuidado familiar o, por el contrario, plantea como

opción natural —e incluso refuerza— la asunción de las responsabilidades de cuidado por parte de las familias (y, en particular, de las mujeres). Las tipologías que giran en torno al grado de (des) familiarización también tienen en cuenta si se prestan apoyos suficientes a las familias (o, en general, a las personas cuidadoras informales) para el desarrollo de sus funciones, diferenciando entre un familiarismo apoyado y un familiarismo no apoyado. En esa misma línea, una parte importante de las tipologías propuestas tienen en cuenta el grado de "desgenerización" que procura cada sistema, es decir, en qué medida su diseño contribuye o no a mantener los roles tradicionales de género en la provisión de los cuidados.

- También reciben una atención preferente las cuestiones relacionadas con los modelos de financiación y, más concretamente, si cada país ha optado por financiar los servicios mediante impuestos generales, mediante cotizaciones sociales ligadas a un seguro público o mediante otras fórmulas.
- La capacidad de elección de las personas usuarias —tanto con relación al tipo de servicio como al proveedor de ese servicio— es también una cuestión considerada en buena parte de los análisis. En esa línea, algunas de las tipologías diferencian los modelos de cuidados de larga duración según su grado de adaptación a las necesidades del consumidor (*consumer friendliness*), para lo cual se tiene en cuenta, entre otros elementos, la capacidad de elección de las personas usuarias y la flexibilidad en el acceso a los diferentes servicios.
- En lo que se refiere a las características de la cartera de servicios, la atención se centra básicamente en dos aspectos. Por una parte, el equilibrio —desde el punto de vista del gasto y la cobertura— entre los servicios prestados en el domicilio y los servicios institucionales o residenciales. Por otra, el equilibrio entre servicios en especie o de atención directa, y las prestaciones económicas que se ofrecen a las personas con dependencia o a quienes las cuidan. La cuestión del recurso a las prestaciones económicas es considerada crucial en algunos análisis, en la medida en que ese elemento influye en otros como la capacidad de elección, de familiarización o en las condiciones laborales del personal. Pese a la importancia de esta cuestión, ni en los datos cuantitativos ni en los análisis cualitativos se tienen siempre adecuadamente en cuenta los diferentes tipos de prestaciones económicas, que pueden utilizarse tanto para la contratación de servicios de cuidado formal en el mercado como para la compensación genérica de los cuidados familiares.
- El recurso a población migrante para la provisión de los servicios es otro de los elementos muy habitualmente considerados en las clasificaciones, si bien podría decirse que esta diferenciación no suele ser considerada en las clasificaciones más integrales o multidimensionales, sino en las que analizan esta cuestión de forma específica.

- Muchos de los análisis realizados tienen en cuenta los aspectos organizativos y competenciales. Entre ellos, cabe hacer referencia a tres elementos: la distribución de las competencias entre las diversas administraciones, la existencia de un sistema único o de varios que actúan de forma simultánea, y el modelo de coordinación entre el sistema de cuidados de larga duración y el de salud.
- Algunas tipologías, aunque no muchas, tienen también en cuenta los modelos de evaluación de la calidad que existen en cada país a la hora de realizar sus tipologías.

Como se señalará posteriormente, es posible también plantear cuáles son las dimensiones o indicadores que reciben una atención escasa en la mayor parte de los análisis realizados:

- La disponibilidad de prestaciones que garantizan tiempo a las personas cuidadoras (permisos, excedencias, prestaciones económicas para la conciliación).
- Las cuestiones relacionadas con las condiciones de trabajo (salarios, horarios) del personal que presta servicios de atención formal.
- Las cuestiones relativas a la calidad y la intensidad de los servicios (cuantía de las prestaciones, horas y ratios de atención, costes unitarios de los servicios), así como su accesibilidad y asequibilidad (listas de espera, por ejemplo) o su seguridad.
- Las cuestiones relacionadas con la desigualdad socioeconómica en el acceso a los servicios de atención formal.
- Los elementos contextuales de carácter económico, político o sociodemográfico que pueden condicionar el diseño de los sistemas de cuidados de larga duración, así como los valores y preferencias sociales que influyen en las opciones adoptadas en cada país.
- Impacto de los servicios sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas usuarias.

Estas cuestiones se analizarán con más detalle en el apartado relativo a los retos y limitaciones que plantean los modelos analizados.

#### **b. ¿Podemos seguir hablando de modelos ideales de cuidados de larga duración?**

Dada la multidimensionalidad de los análisis realizados y de la diversidad de enfoques, planos o indicadores, no es posible plantear una tipología común que resulte válida desde cualquier punto de vista. Al contrario, las características de los grupos y sus componentes serán muy distintos en función de las dimensiones que se analicen. En todo caso, cabe pensar que los modelos se estructuran en función de cinco dimensiones clave:

- La universalidad y la responsabilización pública.
- El tipo más frecuente de proveedor.

- La libertad de elección.
- La presencia de prestaciones económicas de cuidado.
- La (des)familiarización y el impacto sobre la igualdad de género.

Teniendo en cuenta esas dimensiones, de forma muy tentativa, podría pensarse que buena parte de los países europeos pertenecen a uno de los tres modelos ideales que se sugieren a continuación:

- Un modelo universal, de amplia cobertura y gasto elevado, que garantiza una cierta desfamiliarización ("familiarismo opcional") y avances en cuanto a igualdad de género, que se apoya fundamentalmente en proveedores públicos, con escasa presencia de prestaciones económicas y poco orientado a facilitar la elección de las personas usuarias. La presencia de personas migrantes en la provisión de cuidados es baja —y se circunscribe, en todo caso, a los servicios formales— y las responsabilidades de gestión recaen sobre los municipios. En líneas muy generales, este es el modelo en el que se podrían ubicar los países nórdicos, de tradición socialdemócrata.
- Un modelo generalmente universal, aunque con niveles de cobertura y gasto más reducidos, que garantiza niveles muy reducidos de desfamiliarización ("familiarización por defecto"), se apoya en proveedores privados, con una amplia presencia de prestaciones económicas y poco orientado a la elección. La presencia de personas migrantes en la provisión de cuidados es alta, sobre todo en los servicios informales y/o a domicilio. Los países del Sur de Europa —especialmente Italia y España—, así como la mayor parte de los países del Este corresponden, al menos en sus principales características, a este modelo.
- Un modelo universal, de cobertura y gasto relativamente elevados, que garantiza una cierta desfamiliarización (familiarismo opcional) y ciertos avances en cuanto a igualdad de género. Este modelo se apoya fundamentalmente en proveedores privados (con o sin fin de lucro), otorga un peso importante a las prestaciones económicas y está, en líneas generales, orientado a facilitar la elección de las personas usuarias. La presencia de personas migrantes en la provisión de cuidados es variable —aunque se circunscribe, en todo caso, a los servicios informales y domiciliarios—. En líneas muy generales, este es el modelo en el que se podrían ubicar los países del centro de Europa, como Francia, los Países Bajos, Alemania o Austria.

A estos tres grupos cabría añadir otro, más difuso, de carácter generalmente selectivo, con niveles de cobertura y de gasto público bajos, niveles muy reducidos de desfamiliarización y de libertad de elección. Sería, en términos muy generales, el modelo existente en la mayor parte de los países del Este de Europa.

En todo caso, más allá de la identificación de estos u otros modelos, cabe plantear algunas conclusiones sobre las tipologías que se han identificado en esta revisión:

- Destaca, en primer lugar, la relativa autonomía de los cuidados de larga duración frente a otros ámbitos de las políticas sociales en lo tocante a las tipologías identificadas. Es decir, las tipologías que pueden ser útiles para clasificar los países en otros ámbitos de las políticas sociales —la salud, las pensiones, la educación o el sistema de protección social en su conjunto— no siempre sirven para clasificar a los países en el ámbito de los cuidados de larga duración (Bertin *et al.*, 2021). Ello requiere aproximaciones comparativas específicas, que no necesariamente reflejarán los modelos de Estado del bienestar considerados hasta ahora como típicos.
- Destaca, por otra parte, que países que *a priori* compartían un modelo común de cuidados de larga duración se resitúan, con cierta frecuencia, en modelos diferentes cuando se tienen en cuenta perspectivas diferentes. Francia y Alemania, por ejemplo, pueden compartir ciertos elementos basados en su orientación en cierto modo bismarckiana, con amplia presencia de la Seguridad Social, pero se diferencian claramente en lo que se refiere al papel de la población migrante, del Estado o de las entidades con y sin fin de lucro en la provisión de cuidados. En otras palabras, la multidimensionalidad de los modelos de cuidados de larga duración hace que, en función de cuál sea la dimensión analizada, las tipologías sean diferentes, así como la agrupación de países en modelos comunes.
- En esa misma línea, aun cuando se analizan las mismas dimensiones, las comparaciones no siempre arrojan los mismos resultados y, en algunos casos, ubican a los mismos países en grupos o tipos diferentes. Esto puede deberse tanto a la subjetividad de los análisis —que dependen en gran medida de los datos utilizados para la comparación— como a los procesos de cambio de las políticas de cada país.
- Aunque son cada vez más habituales los análisis centrados en países de Asia o de América del Sur, la mayor parte de las comparaciones se centran en los países de Europa y, en todo caso, de la OCDE (Fischer, 2021). Con todo, el creciente interés de las organizaciones multilaterales (OCDE, Naciones Unidas, Banco Mundial, Organización Internacional del Trabajo) por la atención a la dependencia ha impulsado la realización de estudios comparativos con un enfoque geográfico más amplio.
- Los procesos de cambio y reforma, y los mecanismos de "imitación" o "aprendizaje" entre países pueden tender bien a la convergencia, bien a la hibridación. Estos procesos, sin embargo, no han sido suficientemente estudiados.

La conclusión más clara apunta, en todo caso, a que no es sencillo identificar modelos claros en el ámbito de los cuidados de larga duración o, en otras

palabras, a que cada país ha podido ir construyendo su modelo propio, a partir de una combinación de planteamientos conceptuales y mecanismos organizativos más heterogéneos de lo habitual en otros ámbitos de la protección social. La dificultad de establecer modelos claros se debe, puede pensarse, a tres elementos: la diversidad de dimensiones que se tienen en cuenta (que difícilmente responden siempre a un mismo modelo); los procesos de reforma que se han ido desarrollando a lo largo de los años en el diseño de cada sistema, y los mecanismos de imitación entre países, que no siempre se producen en la dirección esperada.

### c. Retos y limitaciones de los estudios comparados

El repaso que se ha realizado en las páginas anteriores permite identificar algunos de los retos y de las limitaciones que presentan los esfuerzos que se han realizado para comparar modelos de cuidados de larga duración a escala internacional.

En primer lugar, cabe hacer referencia a las dificultades que genera el carácter multidimensional de los cuidados de larga duración, en el sentido de que resulta complejo aprehender todas las dimensiones de la configuración de un modelo de cuidados. Se ha señalado previamente cuáles son las dimensiones y los indicadores que en mayor medida se tienen en cuenta a la hora de realizar comparaciones y elaborar tipologías, y se observa con claridad en qué medida determinadas características básicas de los sistemas de cuidados de larga duración quedan fuera de ese análisis y en qué medida resulta difícil identificar modelos con características distintivas en todas las dimensiones consideradas. La necesidad de tener en cuenta dimensiones tan variadas —relativas como se ha dicho a la estructura sociodemográfica de los países, la financiación, la regulación y la provisión de los servicios— dificulta, aunque no imposibilita, encontrar pautas comunes o coincidencias relativas al conjunto del sistema. A las dificultades asociadas a la multidimensionalidad y la complejidad de los modelos de cuidados de larga duración, cabe añadir la relativa a la inexistencia de modelos puros y al carácter híbrido de la mayor parte de los sistemas. En efecto, casi todos ellos comparten rasgos y elementos de muy diversos modelos y —salvo en algunos casos muy concretos— es difícil encontrar modelos puros que respondan con claridad a un ideal que, en ocasiones, solo existe a efectos analíticos.

El carácter multidimensional de los modelos de cuidados de larga duración tiene que ver tanto con los elementos que definen un sistema —de forma simplificada, la regulación, la financiación y la provisión de los cuidados— como con la pluralidad de agentes que intervienen en él. Toda la literatura sobre cuidados hace referencia a la idea del diamante de los cuidados propuesto por Razavi (2007), que hace referencia al papel de las administraciones, las familias, la comunidad y el mercado en la prestación de cuidados. Ciertamente, los análisis comparativos realizados intentan tener en cuenta esa pluralidad, pero no siempre consideran los cuidados que se

prestan al margen del sistema —más o menos desarrollado— de responsabilidad pública. En efecto, la mayor parte de los análisis comparativos que se realizan tienen dificultades para considerar el conjunto de los agentes que intervienen en el cuidado y, en general, los análisis se centran en los cuidados de responsabilidad pública —es decir, los cuidados que son regulados, financiados y/o provistos por las administraciones—, dejando al margen los cuidados prestados por otros agentes si no lo hacen como complemento explícito del sistema de responsabilidad pública.

Como en cualquier otra política pública, también puede decirse que no siempre es sencillo definir dónde terminan y dónde acaban los sistemas de cuidados de larga duración y cuál es su perímetro o sus contornos: es decir, qué tipo de prestaciones incluyen y cuáles no —en ocasiones, los análisis no tienen en cuenta medidas que, sin formar parte del núcleo de los sistemas de cuidado, tienen una influencia directa en el cuidado— o a qué necesidades se refieren (infancia, jóvenes y adultos con discapacidad, personas mayores).

Otro de los elementos relacionados con la multidimensionalidad de los modelos de cuidados de larga duración tiene que ver con los diferentes públicos a los que se dirigen estos cuidados: algunos de los estudios analizados consideran de forma conjunta o simultánea los cuidados a la primera infancia y a las personas con dependencia, mientras que otros se centran en uno solo de esos grupos. Es patente, en cualquier caso, la escasez de comparaciones que tengan en cuenta —de forma específica o junto con la atención prestada a las personas mayores— los modelos de cuidados prestados a las personas adultas con discapacidad. Si bien algunos de los trabajos consultados tienen en cuenta en qué medida se atiende también a población adulta en cada uno de estos sistemas, resulta notable la escasa atención que recibe la población con discapacidad frente a la primera infancia y las personas mayores.

Desde una perspectiva más operativa, a la hora de identificar los retos y limitaciones de los análisis comparados, es preciso señalar la escasa disponibilidad y/o calidad de los datos utilizados para la comparación de la realidad en cada país. Incluso los datos e indicadores más básicos —como las coberturas de atención y/o el gasto público en cuidados de larga duración— no siempre se recogen con los mismos criterios en todos los países, y vienen acompañados de márgenes elevados de incertidumbre. Si bien es cierto que se han desarrollado operaciones estadísticas y sistemas de publicación de datos que garantizan una cierta homogeneidad y fiabilidad de la información disponible, lo cierto es que en muchos casos las tipologías propuestas se apoyan en datos de mala calidad o escasa fiabilidad, que dificultan obtener resultados concluyentes.

En un sentido parecido, la comprensión de los elementos que condicionan el funcionamiento de un sistema determinado no siempre resulta sencilla, especialmente cuando se analiza mediante fuentes secundarias. En ese sentido, podría decirse que la identificación y definición de algunos de los elementos que constituyen un sistema no siempre es adecuada, y que determinadas características de los modelos analizados —difíciles de aprehender, en muchas ocasiones— no siempre se interpretan adecuadamente a la hora de realizar comparaciones entre países. En otros casos, no siempre se tienen en cuenta la totalidad de los sistemas o mecanismos disponibles<sup>5</sup>, lo que lleva a una comprensión muy parcial de la realidad analizadas. Ello lleva, como se señala, a la elaboración de clasificaciones en cierta forma contraintuitivas, especialmente en lo que se refiere a países con modelos más híbridos o mixtos.

La cuestión de las prestaciones económicas para los cuidados plantea, en ese sentido, problemas de especial relevancia. Aunque algunas de las tipologías propuestas diferencian entre los diversos tipos de prestaciones (distinguiendo las prestaciones finalistas —que únicamente se pueden emplear para adquirir servicios de cuidado formal— de las prestaciones de libre uso), en los análisis que incorporan estas prestaciones no siempre se diferencian las que se destinan a la compra de cuidados formales en el mercado y las orientadas a la compensación de los cuidados familiares. Se trata de una diferenciación importante, puesto que, si las primeras tienden a reforzar el cuidado formal, las segundas refuerzan el cuidado familiar. En todo caso, no siempre es posible garantizar que el gasto o el número de personas usuarias de estas prestaciones ha sido adecuadamente considerado a la hora de recoger los datos que definen un sistema determinado, debido a la existencia de criterios estadísticos diferentes, lo que invalidaría los esfuerzos realizados para entender adecuadamente las características de cada sistema.

Desde la perspectiva metodológica, cabe referirse también a la dependencia que muchos de los trabajos realizados tienen no solo de la calidad de los datos y del acierto en la elección de determinados indicadores o fuentes de datos, sino también en las opciones metodológicas y estadísticas adoptadas para la clusterización de los países.

Una de las limitaciones más importantes de los estudios comparativos —y de naturaleza metodológica, pero también conceptual— se refiere a la dificultad para estimar adecuadamente el gasto privado en cuidados. En efecto, la mayor parte de los trabajos no aclaran, o no estiman de la misma manera, dos formas muy diferentes de financiación de los cuidados por parte de las familias: la primera se refiere al copago de los servicios de responsabilidad pública, es decir,

al pago de un porcentaje del coste de un servicio provisto directa o indirectamente por la Administración; la segunda se refiere, de forma más amplia, al gasto que las familias realizan para adquirir bienes y servicios para la provisión de cuidados, al margen de los servicios que la Administración pueda proveer o cofinanciar. Este gasto es muy elevado en los países, como Italia o Francia, con un peso importante del mercado de servicios profesionales irregulares.

En ese mismo sentido, pocos análisis comparativos internacionales estiman y comparan el valor económico de los cuidados informales.

Otras limitaciones importantes que se ponen de manifiesto en el repaso realizado tienen que ver con el tiempo y con el espacio:

- Por una parte, resulta difícil que este tipo de tipologías o clasificaciones sean sensibles a los cambios que se producen a lo largo del tiempo dentro de cada modelo. Si bien, como hemos visto, algunas de las clasificaciones realizadas intentan tener en cuenta el carácter dinámico de las políticas de cuidados de larga duración y los cambios que se producen en ellas, en muchos casos el análisis se refiere a un momento específico —no necesariamente reciente— en el desarrollo de cada modelo.
- Por otra parte, la práctica totalidad de las tipologías y clasificaciones realizadas se centran en los Estados o naciones y, en muy pocos casos, se tienen en cuenta las diferencias que existen, dentro de un mismo país, a nivel local o regional. La necesidad de diferenciar los modelos de cuidados de larga duración que existen a escala local o regional es particularmente necesaria en los países —como España o el Reino Unido— en los que la descentralización de las políticas de cuidados de larga duración es grande y las entidades subestatales gozan de un amplio margen de autonomía. También en aquellos países, como Italia o Alemania, con diferencias importantes en la estructura económica o demográfica de las diferentes zonas del país. Puede pensarse, por tanto, que la focalización de los análisis en las realidades locales o regionales permitiría tener una visión mucho más rica, matizada y diversa de los modelos de cuidados de larga duración en Europa.

El análisis de las dimensiones e indicadores que en mayor medida suelen tenerse en cuenta para la realización de estas comparaciones permite identificar algunas ausencias o brechas de relativa importancia. En ese sentido, cabe pensar en la insuficiente utilización de tres tipos de datos o indicadores:

- Por una parte, los que tienen que ver con la estructura social, económica, demográfica o laboral global de cada país, que en muchas ocasiones condiciona el propio diseño de los sistemas de cuidados de larga duración. Si bien en algunos casos sí se consideran estas variables de

<sup>5</sup> Esto ocurre, sobre todo, cuando existen redes o dispositivos paralelos al principal, ubicados, por ejemplo, en el marco de la asistencia social o de la Seguridad Social, o de las políticas de conciliación.

tipo macro, en muchos de los análisis no se tienen en cuenta, ni cuantitativa ni cualitativamente.

- Por otra, son pocos los modelos que consideran las percepciones y preferencias sociales de cada país o, en otros términos, el peso de los valores y patrones culturales que determinan las políticas de cuidados de larga duración y que, al mismo tiempo, son determinados por ellas. En ese sentido, sería de interés recurrir en mayor medida a las encuestas de valores que se realizan a lo largo del tiempo para analizar cómo esos valores determinan las opciones políticas adoptadas en cada país y, a la inversa, cómo las políticas que se han desarrollado condicionan los valores y las expectativas de la población.
- También es posible señalar la escasa presencia de indicadores relacionados con las condiciones de trabajo de las personas que trabajan en el sector, más allá de su nacionalidad o el tipo de entidad en la que prestan sus servicios.
- La carencia más importante se refiere, en cualquier caso, al escaso uso de indicadores relacionados con la calidad o la intensidad de la atención y con el impacto de las políticas sobre el bienestar o la calidad de vida de las personas usuarias. A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la evaluación de la calidad —donde preocupa identificar los *outcomes* de los servicios sobre la calidad de vida de las personas usuarias—, los estudios comparativos tienen en escasas ocasiones en cuenta el impacto que el diseño y la gestión de los modelos tiene sobre la situación de las personas.

En esa misma línea, también puede decirse que, en ocasiones, los estudios comparativos mezclan dimensiones o indicadores que se corresponden con diferentes planos. Es decir, no siempre se diferencian adecuadamente los elementos que se podrían considerar conceptuales, los relacionados con los mecanismos de funcionamiento, los relacionados con el alcance o el despliegue del sistema y los relacionados con sus efectos o impactos. Si bien no cabe duda de que todos estos planos están relacionados, y que los indicadores que pueden corresponder a un plano determinado no hacen sino concretar o reflejar los que están en otro plano, sería aconsejable plantear un esquema de comparaciones que diferencie adecuadamente los distintos planos, evitando al mismo tiempo el uso de indicadores redundantes, colineales o dependientes entre sí.

Por último, cabe señalar que es muy inusual la realización de estudios comparativos que tengan en cuenta la tipología y el nivel de las prestaciones a las que pueden tener acceso las personas con necesidades de cuidados de larga duración en diferentes países o regiones. Frente al esfuerzo que, en el terreno académico y en entidades como la OCDE se ha hecho para comparar los paquetes nacionales de atención en el ámbito de las políticas de familia (Bradshaw y Finch, 2002), en el caso de los cuidados de larga duración apenas se han realizado, en el ámbito de los cuidados de larga duración,

investigaciones que permitan comparar, para perfiles similares de necesidad, el tipo de servicios y prestaciones a las que las personas de diferentes países podrían tener acceso.

#### 4. Un esquema multidimensional para el análisis comparado de los cuidados de larga duración

A partir del análisis realizado en los apartados anteriores, es posible plantear un esquema alternativo para el análisis comparado de los cuidados de larga duración, basado en los trabajos comparativos ya realizados, pero que permita algunas mejoras en la descripción de los modelos y, por tanto, en su comparabilidad. Este esquema está basado en los trabajos comparativos realizados por la European Social Policy Network (ESPN) para la Comisión Europea (véase, por ejemplo, Spasova *et al.*, 2018) como por los trabajos que viene realizando el Observatorio Global de Cuidados de Larga Duración (GOLTC)<sup>6</sup> en el marco de la International Long-Term Care Policy Network (ILPN).

El modelo propuesto coincide en lo esencial con el esquema propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2024), que propone tener en cuenta cinco grandes dimensiones a la hora de evaluar el funcionamiento de los modelos de larga duración desde una perspectiva integral. Esta propuesta distingue entre cinco dimensiones o componentes para el análisis de los modelos de cuidados de larga duración: las necesidades de la población, el impacto en la población, los recursos movilizados (*inputs*), los resultados (*outputs*) y los impactos (*outcomes*).

En sentido parecido, proponemos un marco de análisis basado en cuatro planos o dimensiones, a los que cabe sumar una serie de indicadores de contexto que permitan ubicar el marco en el que cada país desarrolla su modelo (estructura sociodemográfica, PIB per cápita, recaudación tributaria, gasto en protección social). Cada uno de esos planos incluye una serie de factores, definidos en función de unas preguntas específicas, a los que cabría dar respuestas cuantitativas y/o cualitativas. Los cuatro planos propuestos son:

- Las bases conceptuales, es decir los elementos normativos, filosóficos o conceptuales en los que se basa el modelo.
- Los instrumentos, es decir, las herramientas y mecanismos de funcionamiento que se han adoptado para la regulación, la financiación, la provisión y la gestión del sistema.
- El alcance, esto es, los elementos relacionados con el despliegue del sistema.
- El impacto, es decir, los indicadores relacionados con el efecto del sistema sobre las personas usuarias.

<sup>6</sup> <https://goltc.org/>.

Obviamente, se trata de indicadores estrechamente vinculados entre sí, que, en ocasiones, se refieren a las mismas cuestiones desde perspectivas diferentes. Por otra parte, la consideración de determinadas cuestiones como bases conceptuales, mecanismos, indicadores de despliegue o indicadores de impacto es relativamente arbitraria, en la medida en que muchas de las cuestiones propuestas podrían corresponder a más de uno de esos planos. En todo caso, a la hora de elaborar esta propuesta se ha procurado:

- Ofrecer una visión integral y multidimensional de cada sistema o modelo, teniendo en cuenta todas las dimensiones relevantes.
- Crear un modelo que resulte válido tanto para la descripción del sistema como para la comparación entre sistemas y para la creación de tipologías significativas.
- Evitar la redundancia, de forma que los elementos recogidos en uno de los planos no se repitan en otro.
- Recoger las opciones que cada país o grupo de países han adoptado entre la necesidad de optar entre familiarismo, contención del gasto y calidad/intensidad de los servicios.

Se describen a continuación los elementos que se tomarán en cuenta en cada uno de los cuatro planos propuestos:

#### a. Bases conceptuales

Los elementos básicos que deben tenerse en cuenta a la hora de comparar las bases conceptuales de cada sistema son:

- el grado de universalidad (o, a la inversa, de selectividad) del sistema;
- el carácter integral del sistema (es decir, si las normas de acceso y los servicios disponibles son los mismos para las personas con necesidades de apoyo de cualquier edad o, por el contrario, las personas adultas con discapacidad y las personas mayores son atendidas por sistemas diferentes);
- el grado de (des)familiarización (es decir, la capacidad del sistema para aliviar las responsabilidades familiares sobre el cuidado y para evitar que el grueso de las responsabilidades de cuidado descansen sobre las familias);
- igualdad de género, es decir, la capacidad del sistema para revertir los roles tradicionales de género relacionados con el cuidado;
- la autodeterminación y la libre elección, entendidas como la capacidad de las personas usuarias para flexibilizar el paquete de servicios y elegir tanto los servicios que requieren como las entidades que los prestan;
- la desinstitucionalización y la atención comunitaria, es decir, el equilibrio entre los servicios prestados en centros o instituciones (fundamentalmente residenciales) y los prestados

en el ámbito domiciliario, así como la voluntad de reforzar la dimensión comunitaria de la atención, y

- la mercantilización, entendida como la asunción de lógicas mercantiles en el desarrollo del sistema —competencia entre proveedores, por ejemplo— y la capacidad de intervención concedida a los proveedores de servicios con fin de lucro.

El cuadro 9 recoge los elementos básicos que permiten evaluar la posición de cada sistema de cuidados de larga duración con relación a las dimensiones vinculadas a las bases conceptuales del sistema.

Dimensiones	Preguntas/indicadores
Selectividad y universalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida y con qué efectos se tiene en cuenta la renta o el patrimonio de las personas atendidas?</li> <li>• ¿El sistema se dirige al conjunto de la población en situación de necesidad, independientemente de su renta, o únicamente a las personas que no pueden acceder por sus propios medios a la atención que precisan?</li> </ul>
Segmentación por edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se atienden dentro del mismo sistema tanto a personas mayores como a personas adultas con discapacidad?</li> <li>• ¿Las personas adultas con discapacidad y las personas mayores acceden a los mismos servicios y con los mismos criterios de acceso?</li> </ul>
Familiarización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida el diseño del sistema se basa en, o refuerza, los cuidados prestados por la red familiar?</li> <li>• ¿Qué nivel de apoyo se presta a las personas cuidadoras informales para el desarrollo de sus funciones?</li> </ul>
Igualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida el modelo en cuestión consolida o reduce las desigualdades de género en la asignación de los roles de cuidado?</li> </ul>
Libre elección y autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se da prioridad a la libertad de elección de las personas usuarias y a su autodeterminación?</li> <li>• ¿En qué medida se busca la compatibilidad de prestaciones diferentes y la flexibilidad en la composición del paquete de atención?</li> <li>• ¿Cuál es el equilibrio entre las prestaciones económicas para compensar el cuidado familiar, las prestaciones económicas para la financiación de cuidados formales y los servicios de cuidado en especie?</li> </ul>
Desinstitucionalización y atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida se potencia la atención en o por la comunidad?</li> <li>• ¿Cuál es el equilibrio entre los servicios domiciliarios y los prestados en instituciones?</li> </ul>
Mercantilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el peso de las lógicas mercantiles en el diseño del sistema?</li> <li>• ¿En qué medida se conceptualiza a las personas usuarias como "consumidoras"?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de participación de las entidades proveedoras sin fin de lucro en la provisión de los servicios?</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

## b. Mecanismos y herramientas

En lo que se refiere a los mecanismos y herramientas para la gestión del sistema (cuadro 10), las dimensiones que se deben considerar son las siguientes:

- La organización competencial, es decir, la existencia o no de un sistema único y autónomo para la gestión del sistema de cuidados (o, por el contrario, la fragmentación del sistema en diversas administraciones) y la distribución de competencias entre los diferentes niveles territoriales de la Administración. También tiene sentido considerar en este ámbito en qué medida participan otros sistemas de protección social —como el de vivienda o el de garantía de ingresos— en la cobertura de algunas de las necesidades vinculadas a los cuidados. Del mismo modo, es conveniente analizar si los cuidados a la dependencia son prestados por el mismo sistema que atiende otros problemas sociales, como la exclusión social, la desprotección infantil o la carencia de ingresos.
- El grado de coordinación o integración de los servicios de cuidado y el sistema de salud en un espacio sociosanitario independiente o identificable, con particular atención a la posible integración del sistema de cuidados en el sistema de salud.
- El modelo de financiación y de copago, tanto en lo que se refiere a la opción entre los impuestos generales o los sistemas de aseguramiento público, como en lo que se refiere a los niveles y criterios que regulan la participación económica de las personas usuarias.

- La determinación de los criterios de acceso que, más allá de la renta, se tienen en cuenta, tanto en lo que se refiere al grado de severidad de las necesidades de cuidado como al grado de discrecionalidad que existe para determinar el acceso (en el ámbito profesional y/o territorial).
- Las características del sistema de gestión y evaluación de la calidad, tanto en lo que se refiere a las herramientas para la gestión de la calidad como en lo que se refiere a las herramientas que garantizan la transparencia y la rendición de cuentas.
- Los sistemas de cualificación y acreditación profesional, es decir, los requisitos que se establecen para la práctica profesional y las funciones o figuras profesionales existentes.

## c. Alcance y despliegue del sistema

Los elementos que tienen que ver con el alcance y el despliegue del sistema (cuadro 11) son los siguientes:

- Tasas generales de cobertura, es decir, la proporción de la población general, o de la población potencialmente demandante, que accede al sistema de responsabilidad pública.
- Niveles de gasto público destinados a los cuidados de larga duración, como proporción del PIB o con relación a la población (el conjunto de la población o la población potencialmente demandante).
- Equilibrio entre las diferentes prestaciones (servicios de atención residencial, servicios de atención a domicilio y prestaciones para el cuidado familiar), tanto en lo que se refiere al

Cuadro 10. Dimensiones de análisis relacionadas con los mecanismos y herramientas de los modelos de cuidados de larga duración	
Dimensiones	Preguntas/indicadores
Organización competencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe un organismo o sistema que se encarga de forma específica y autónoma de la gestión del sistema de atención a la dependencia?</li> <li>• ¿Los servicios de cuidado son gestionados por el mismo dispositivo que gestiona la atención a otras poblaciones como la infancia en situación de desprotección o las personas en situación de exclusión social?</li> <li>• ¿De qué forma se distribuyen las responsabilidades en cuanto a la regulación, la financiación y la gestión de los servicios entre los diferentes niveles territoriales de la Administración?</li> </ul>
Integración y coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de desarrollo de los mecanismos de coordinación/integración entre el sistema de cuidados de larga duración y el sistema de salud?</li> <li>• ¿Existe un espacio sociosanitario independiente o identificable?</li> </ul>
Modelo de financiación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Los servicios de responsabilidad pública se financian mediante impuestos generales, mediante cotizaciones a la Seguridad Social o por otras vías?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de copago de los servicios que conforman la cartera de responsabilidad pública y los criterios para su definición?</li> <li>• ¿En qué medida se considera la renta de las personas usuarias a la hora de modular el copago?</li> </ul>
Criterios de acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida se focaliza el acceso al sistema en los casos con mayores niveles de necesidad (<i>targeting</i>)?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de discrecionalidad o flexibilidad de los profesionales a la hora de determinar el acceso al sistema?</li> <li>• ¿Existe un único baremo de acceso para todo el territorio?</li> </ul>
Sistemas de evaluación de la calidad y mecanismos de transparencia y rendición de cuentas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características del sistema de gestión y evaluación de la calidad?</li> <li>• ¿Qué métodos o herramientas se utilizan para garantizar y/o evaluar la calidad de la atención?</li> <li>• ¿Existen mecanismos para informar a la ciudadanía sobre el despliegue del sistema y el rendimiento de los diferentes servicios y centros?</li> </ul>
Sistemas de cualificación y acreditación profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existen sistemas para la cualificación y la acreditación de las competencias profesionales?</li> <li>• ¿Qué niveles y cualificaciones profesionales se exigen para acceder a los diferentes servicios y funciones?</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

- número de personas usuarias como en lo que se refiere al gasto público.
- Coste unitario de los diferentes servicios, con relación al PIB per cápita.
- Salario medio en el sector residencial y en el sector domiciliario, con relación al salario medio en el sector servicios.
- Ratios de atención directa en los servicios de atención residencial.
- Peso de las personas trabajadoras migrantes en la atención formal, tanto en los domicilios como en los centros de atención.
- Intensidad, medida en términos de horas de servicio y cuantía de las prestaciones.
- Calidad, medida a través de las ratios profesionales y del salario medio del sector, con relación al salario medio en el sector servicios, a partir de la hipótesis de que ratios y salarios elevados generan una atención de mayor calidad.
- Personalización y desinstitucionalización, medidas a través de la operativización de las posibilidades de elección de las personas usuarias, del grado de flexibilidad en la composición del paquete de atención, del porcentaje de personas en centros residenciales de gran tamaño y del porcentaje de personas que reciben servicios comunitarios frente a las que reciben servicios residenciales.

#### d. Impacto

Finalmente, los indicadores de impacto pretenden captar el efecto que los elementos anteriores tienen sobre la experiencia y la situación de las personas con necesidades de cuidado (cuadro 12). Se trata, en ese sentido, de indicadores que pretenden analizar en qué medida se ubica cada país en cuanto al trilema al que se ha hecho previamente referencia —cobertura, intensidad, calidad—, qué niveles de personalización, desinstitucionalización, mutualización y familiarización genera el sistema y, en última instancia, qué niveles de calidad de vida se asocian a los servicios que el sistema ofrece. La totalidad de los indicadores propuestos son de tipo cuantitativo —o pueden ser al menos operativizados en escalas cuantitativas—. Las dimensiones consideradas en este plano son las siguientes:

- Cobertura, definida como el porcentaje de personas mayores de 80 años que acceden a los servicios.
- El grado de familiarización, medido como el porcentaje de la población adulta que destina más de tres horas diarias a tareas de cuidado y el porcentaje de población cuidadora en situación de sobrecarga.
- El grado de mutualización, medido como la asequibilidad, es decir, el porcentaje del gasto que requieren los cuidados que es financiado por la Administración.
- Calidad de vida de las personas usuarias, medida mediante escalas específicas.
- Equidad, medida como diferencia entre los indicadores previamente señalados en función del género, el estatus socioeconómico o el origen.

Cuadro 11. Dimensiones de análisis relacionadas con el alcance y el despliegue de los modelos de cuidados de larga duración	
Dimensiones	Preguntas/indicadores
Tasas generales de cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué proporción de la población accede a servicios de provisión o responsabilidad pública?</li> <li>¿Qué proporción de la población potencialmente demandante accede a servicios de responsabilidad pública?</li> </ul>
Niveles de gasto público	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es el nivel de gasto público en cuidados de larga duración en relación con el PIB?</li> <li>¿Cuál es el nivel de gasto público en cuidados de larga duración por cada persona mayor de 80 años?</li> <li>¿Cuál es el nivel de gasto en cuidados de larga duración con relación al gasto en protección social?</li> </ul>
Costes de los servicios y prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es el coste medio de los diferentes servicios con relación al PIB per cápita? Se refiere al coste de producción del servicio (plaza residencial, hora de atención), al margen del precio que realmente abonen las personas usuarias</li> </ul>
Grado de cobertura del coste de atención (asequibilidad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué proporción del gasto relacionado con los cuidados es cubierto por las administraciones públicas?</li> </ul>
Equilibrio entre servicios institucionales y domiciliarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es el equilibrio entre el número de personas usuarias de servicios residenciales, de servicios comunitarios y de prestaciones económicas?</li> <li>¿Cuál es el equilibrio entre el gasto público destinado a los servicios residenciales, a los servicios comunitarios y a las prestaciones económicas?</li> </ul>
Aportación del sector a la ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué porcentaje de la población ocupada está empleada en el sector de los cuidados de larga duración?</li> </ul>
Salario medio	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es el salario medio de las personas que trabajan en el sector con relación al salario medio en el conjunto del mercado de trabajo?</li> </ul>
Ratios de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles son los ratios de atención de los principales servicios?</li> </ul>
Papel de la población inmigrante	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué proporción de los servicios formales, residenciales y domiciliarios es provista por personas migrantes?</li> <li>¿Qué proporción de las personas migrantes trabajan en el sector?</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

Cuadro 12. Dimensiones de análisis relacionadas con el impacto de los modelos de cuidados de larga duración	
Dimensiones	Preguntas/indicadores
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población mayor de 80 años perceptora de servicios prestados, contratados o financiados por la Administración (%)</li> </ul>
Intensidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensidad media (en horas) de los servicios de cuidado en el domicilio</li> <li>• Cuantía media (con relación al PIB per cápita) de las prestaciones económicas para el acceso a la atención informal</li> <li>• Ratios de atención en los servicios residenciales</li> </ul>
Calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ratio de atención profesional de los centros residenciales</li> <li>• Salario medio en los servicios residenciales y domiciliarios con relación al salario medio en el sector servicios</li> </ul>
Personalización y desinstitucionalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de elección de las entidades proveedoras del servicio</li> <li>• Grado de flexibilidad en la composición del paquete de cuidados</li> <li>• Plazas residenciales en centros tamaño grande (%)</li> <li>• Personas que reciben servicios comunitarios frente a las que reciben servicios residenciales (%)</li> </ul>
Familiarización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población adulta que destina más de tres horas diarias a tareas de cuidado (%)</li> <li>• Población cuidadora en situación de sobrecarga (%)</li> </ul>
Mutualización y asequibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto realizado por las familias, en % del PIB per cápita, en servicios de cuidados de larga duración (copago de servicios públicos y/o servicios no prestados por la Administración)</li> <li>• Gasto total en cuidados asumido por las administraciones (%)</li> </ul>
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice agregado de calidad de vida de personas usuarias de servicios</li> </ul>
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencias en los indicadores anteriores por sexo, origen y nivel de renta</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

## Bibliografía referenciada

- ANGRISANI, M.; ORTEGA REGALADO, J. C. y CRAVO, T. (2022): "Financial social protection and individual out-of-pocket costs of long-term care in the USA and Europe: an observational study", *eClinicalMedicine*, vol. 50, 101503, <[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00233-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00233-4/fulltext)>.
- ARIAANS, M.; LINDEN, P. y WENDT, C. (2021): "Worlds of long-term care: a typology of OECD countries", *Health Policy*, vol. 125, n.º 5, pp. 609-617, <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885102100052X>>.
- BARTHA, A. y ZENTAL, V. (2020): "Long-term care and gender equality: fuzzy-set ideal types of care regimes in Europe", *Social Inclusion*, vol. 8, n.º 4, pp. 92-102, <<https://doi.org/10.17645/si.v8i4.2956>>.
- BERTIN, G.; CARRINO, L. y PANTALONE, M. (2021): "Do standard classifications still represent European welfare typologies? Novel evidence from studies on health and social care", *Social Science & Medicine*, vol. 281, 114086, <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114086>>.
- BETTIO, F.; SIMONAZZI, A. y VILLA, P. (2006): "Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean", *Journal of European Social Policy*, vol. 16, n.º 3, pp. 271-285, <<https://doi.org/10.1177/0958928706065598>>.
- BRADSHAW, J. y FINCH, N. (2002): *A Comparison of Child Benefit Packages in 22 Countries*, serie Research Reports, n.º 174, Londres, Department for Work and Pensions, <<https://eprints.whiterose.ac.uk/73510/>>.
- CARRERA, F.; RANZI, C.; PAVOLINI, E. y SABBATINI, A. (2013): "Long-term care systems in comparative perspective: care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European countries", en RANZI, C. y PAVIONI, E. (eds.), *Reforms in long term care policies in Europe*, Nueva York, Springer.
- COLOMBO, F.; LLENA-NOZAL, A.; MERCIER, J. y TJADENS, F. (2011): *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, serie OECD Health Policy Studies, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, <[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted\\_9789264097759-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en)>.
- COSTA-FONT, J.; COURBAGE, C. y SWARTZ, K. (2015): "Financing long-term care: ex ante, ex post or both?", *Health Economics*, vol. 24, supl. 1, pp. 45-57, <<https://doi.org/10.1002/hec.3152>>.
- DA ROIT, B. y LE BIHAN, B. (2019): "Cash for long-term care: policy debates, visions, and designs on the move", *Social Policy and Administration*, vol. 53, n.º 4, pp. 519-536, <<https://doi.org/10.1111/spol.12506>>.
- DYER, S. et al. (2019): *Review of international systems for long-term care of older people*, serie Research Papers, n.º 2, Flinders University, <<https://researchnow.flinders.edu.au/en/publications/review-of-international-systems-for-long-term-care-of-older-peopl>>.
- EGGERS, T.; GRAGES, C.; PFAU-EFFINGER, B. y OCH, R. (2018): "Re-conceptualising the relationship between de-familialisation and familialisation and the implications for gender equality - The case of long-term care policies for older people", *Ageing and Society*, vol. 40, n.º 4, pp. 869-895, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X18001435>>.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Policy Press.
- FISCHER, J. (2021): *The emerge of social policy in the field of long-term care. A comparative analysis of*

- the introduction and types of long-term care systems in global perspective* [tesis doctoral], Universidad de Bremen.
- GORI, C.; FERNÁNDEZ, J. L. y WITTENBERG, R. (eds.) (2015): *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*, Bristol, Policy Press, <<https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/long-term-care-reforms-in-oecd-countries>>.
- HALÁSKOVÁ, R.; BEDNÁŘ, P. y HALÁSKOVÁ, M. (2017): "Forms of providing and financing long-term care in OECD countries", *Review of Economic Perspectives*, vol. 17, n.º 2, pp. 159-178, <<https://doi.org/10.1515/revepcp-2017-0008>>.
- JOSHUA, L. C. (2017): *Aging and long term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*, serie Social Protection & Labor Discussion Papers, n.º 1705, Washington DC, Grupo del Banco Mundial, <<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/761221511952743424/aging-and-long-term-care-systems-a-review-of-finance-and-governance-arrangements-in-europe-north-america-and-asia-pacific>>.
- KING-DEJARDIN, A. (2019): *The social construction of migrant care work at the intersection of care, migration and gender*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, <<https://www.ilo.org/publications/social-construction-migrant-care-work-intersection-care-migration-and>>.
- KRAUS, M.; RIEDEL, M.; MOT, E.; WILLEMÉ, P.; RÖHRLING, G. y CZYPIONKA, T. (2010): *A typology of long-term care systems in Europe*, serie ENEPRI Research Reports, n.º 91, s. l., European Network of Economic Policy Research Institutes, <<https://www.ceps.eu/ceps-publications/typology-long-term-care-systems-europe/>>.
- LE BIHAN, B.; DA ROIT, B. y SOPADZHIYAN, A. (2019): "The turn to optional familialism through the market: long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe", *Social Policy and Administration*, vol. 53, n.º 4, pp. 579-595, <<https://doi.org/10.1111/spol.12505>>.
- LEE, S. H.; CHON, Y. y KIM, Y. Y. (2023): "Comparative analysis of long-term care in OECD countries: focusing on long-term care financing type", *Healthcare*, vol. 11, n.º 2, 206, <<https://doi.org/10.3390/healthcare11020206>>.
- LEITNER, S. (2003): "Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective", *European Societies*, vol. 5, n.º 4, pp. 353-375, <<https://doi.org/10.1080/1461669032000127642>>.
- LEONE, T.; MARESSO, A. y MOR, V. (2014): "Regulating quality of long-term care - What have we learned?", en MOR, V.; LEONE, T. y MARESSO, A. (eds.), *Regulating long-term care quality: an international comparison*, Cambridge, Cambridge University Press, <<https://www.cambridge.org/core/books/abs/regulating-longterm-care-quality/regulating-quality-of-longterm-care-what-have-we-learned/DF3617170DFAD7B00AD0B9430E3886CB>>.
- LLENA-NOZAL, A.; BARSZCZEWSKI, J. y RAUET-TEJEDAM, J. (2025): *How do countries compare in the long-term care provision? A typology of long-term care systems*, serie OECD Health Working Papers, n.º 182, s. l., Organización para la Cooperación y el Desarrollo, <[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/how-do-countries-compare-in-their-design-of-long-term-care-provision\\_035a4e96/44f5453a-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/how-do-countries-compare-in-their-design-of-long-term-care-provision_035a4e96/44f5453a-en.pdf)>.
- OCH, R. (2015): "Centralization and decentralization of eldercare policies in Europe", en KUTSAR, D. y KUROEN, M. (eds.), *Local welfare policy making in European cities*, serie Social Indicators Research, n.º 59, Cham, Springer, <[https://doi.org/10.1007/978-3-319-16163-1\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-16163-1_11)>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2024): *State of long-term care: a conceptual framework for assessment and continuous learning in long-term care systems*, Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378335/WHO-EURO-2024-10363-50135-75508.pdf?sequence=2>>.
- PACOLET, J.; BOUTEN, R.; LANOYE, H. y VERSIECK, K. (1998): *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cda9e514-d879-4111-95d2-19c337e28421>>.
- PAVOLINI, E. (2021): *Long-term care social protection models in the EU*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/670f407f-3572-11ed-9c68-01aa75ed71a1/language-en>>.
- PEÑA VALDERRAMA, S. y ZALAKAIN, J. (2025): "Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica", *Zerbitzuan*, n.º 86, pp. 37-70, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.86.02>>.
- PFAU-EFFINGER, B. (2014): "New policies for caring family members in European welfare states", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 32, pp. 33-48, <[https://doi.org/10.5209/rev\\_CRLA.2014.v32.n1.44712](https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2014.v32.n1.44712)>.
- RAZAVI, S. (2007): *The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options*, serie Gender and Development Programme Papers, n.º 2, Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development, <<https://www.unrisd.org/en/library/publications/the-political-and-social-economy-of-care-in-a-development-context-conceptual-issues-research-questio>>.
- ROTHGANG, H.; FISCHER, J.; STERNKOPF, M. y FRISINA DOETTER, L. (2021): *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multi-dimensional typology*, serie Working Papers, n.º 12, SOCIUM; SFB 1342, <<https://doi.org/10.26092/elib/2744>>.
- SARACENO, C. y KECK, W. (2010): "Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?", *European Societies*, vol. 12, n.º 5, pp. 675-696, <<https://doi.org/10.1080/14616696.2010.483006>>.
- SIMMONS, C.; SZENKURÖK, V. y RODRIGUES, R. (2024): "Care regimes in Europe: a dynamic view of typologies and evolving long-term care policies

over time", en GREVE, B.; MOREIRA, A. y VAN GERVEN, M. (eds.), *Handbook on the Political Economy of Social Policy*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, <<https://www.elgaronline.com/edcollchap/book/9781035306497/book-part-9781035306497-24.xml>>.

SIMONAZZI, A. (2009): *Care regimes and national employment models*, serie Working Papers, n.º 113, Departamento de Economía Pública, Università degli studi La Sapienza.

SPASOVA, S.; BAETEN, R.; COSTER, S.; GHAILANI, D.; PEÑACASAS, R. y VANHERCKE, B. (2018): *Challenges in long-term care in Europe. A study of national*

*policies*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>>.

VAN DAMME, M.; SPIJKER, J. y PAVLOPOULOS, D. (2024): "A care regime typology of elder, long-term care institutions", *European Journal of Ageing* [preprint], <<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3981497/v1>>.

VAN HOOREN, F. J. (2012): "Varieties of migrant care work: comparing patterns of migrant labour in social care", *Journal of European Social Policy*, vol. 22, n.º 2, pp. 133-147, <<https://doi.org/10.1177/0958928711433654>>.