

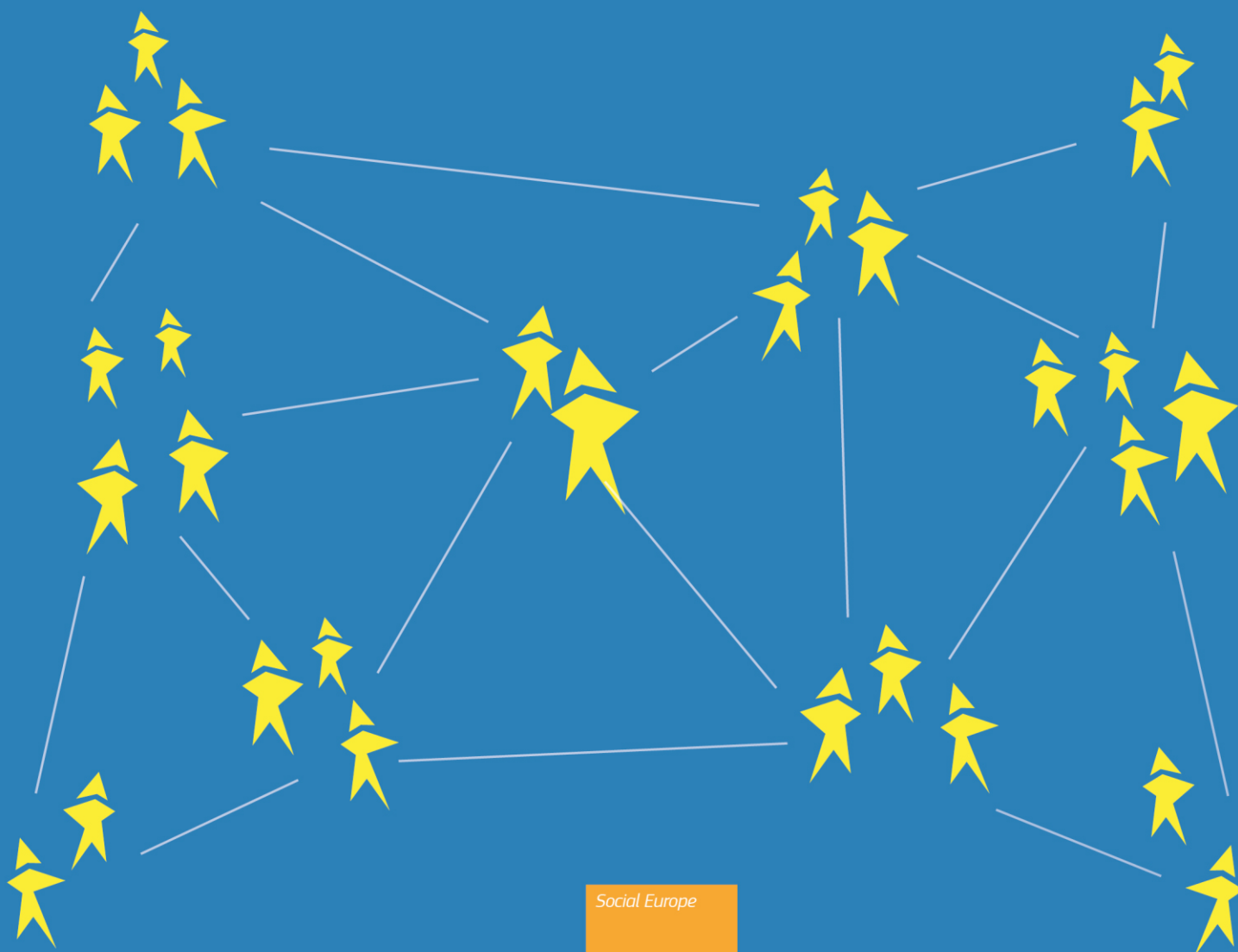


Red Europea de Política Social (ESPN)

Modelos de protección social de los cuidados de larga duración en la UE

Emmanuele Pavolini

(Versión traducida por la Secretaría de Políticas Europeas de UGT)



Social Europe

COMISIÓN EUROPEA

Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión
Dirección D - Derechos Sociales e Inclusión
Unidad D.2 - Protección Social
Contacto: Flavia Teodosiu
E-mail: Flavia.Teodosiu@ec.europa.eu

Comisión Europea
B-1049 Bruselas

Red Europea de Política Social (ESPN)

**Modelos de protección social de los
cuidados de larga duración en la UE
2021**

Emmanuele Pavolini
(Universidad de Macerata)

Agradecimientos

El autor agradece a Fiorenza Deriu, Eric Marlier y Slavina Spasova sus valiosos comentarios y sugerencias sobre un borrador anterior.

Todos los errores son responsabilidad exclusiva del autor.

La Red Europea de Política Social (ESPN) se creó en julio de 2014 por iniciativa de la Comisión Europea para proporcionar información, asesoramiento, análisis y conocimientos especializados independientes, oportunos y de alta calidad sobre cuestiones de política social en la Unión Europea y los países vecinos.

La ESPN reúne en una sola red el trabajo que antes realizaban la Red Europea de Expertos Independientes en Inclusión Social, la Red de Apoyo Analítico sobre el Impacto Socioeconómico de las Reformas de Protección Social (ASISP) y la secretaría de MISSOC (Sistemas de Información Mutua sobre Protección Social).

La ESPN está gestionada por el Instituto Luxemburgués de Investigación Socioeconómica (LISER), APPLICA y el Observatorio Social Europeo (OSE).

Para más información sobre la ESPN, véase: <http://ec.europa.eu/socialmain.jsp?catId=1135&langId=en>

AVISO LEGAL

La información y los puntos de vista expuestos en este documento son los de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión oficial de la Unión Europea. Ni las instituciones y organismos de la Unión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre podrán ser considerados responsables del uso que pueda hacerse de la información contenida en el mismo. Más información sobre la Unión Europea en Internet (<http://www.europa.eu>).

PDF ISBN: 978-92-76- 55285-7 DOI: 10.2767/5178 KE-07-22-772-EN-N

Manuscrito finalizado en septiembre de 2021

La Comisión Europea no se hace responsable de ninguna consecuencia derivada de la reutilización de esta publicación. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2022

© Unión Europea, 2022



La política de reutilización de los documentos de la Comisión Europea se aplica mediante la Decisión 2011/833/UE de la Comisión, de 12 de diciembre de 2011, relativa a la reutilización de los documentos de la Comisión (DO L 330 de 14.12.2011, p. 39). Salvo que se indique lo contrario, la reutilización de este documento está autorizada bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC-BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Esto significa que la reutilización está permitida siempre que se cite el crédito correspondiente y se indique cualquier cambio.

Para cualquier uso o reproducción de elementos que no sean propiedad de la Unión Europea, puede ser necesario solicitar permiso directamente a los respectivos titulares de los derechos.

CITANDO ESTE INFORME: Pavolini, E. (2021), "Long-term care social protection models in the EU", Red Europea de Política Social (ESPN), Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Contenidos

1	Introducción.....	7
2	Breve revisión bibliográfica: clasificaciones de los sistemas de cuidados de larga duración.....	7
3	Análisis comparativo basado en cuatro dimensiones.....	8
3.1	Organización general.....	9
3.2	Tipos de protección social para los cuidados de larga duración	9
3.3	Criterios de admisibilidad.....	12
3.4	Financiación.....	13
4	Cómo se agrupan los sistemas públicos de cuidados de larga duración de la UE.....	15
4.1	Enfoque analítico y metodológico.....	15
4.2	Los resultados.....	16
4.2.1	Organización pública global de cuidados de larga duración.....	19
4.2.2	Tipos de protección social para los cuidados de larga duración	20
4.2.3	Regulación de los criterios de admisibilidad.....	21
4.2.4	Financiación.....	22
5	Modelos públicos de cuidados de larga duración, cobertura de necesidades y protección contra el riesgo de pobreza y exclusión social.....	24
6	Conclusiones.....	25
	Referencias.....	27

1 Introducción

Los cuidados de larga duración se han convertido en las últimas décadas en un tema cada vez más destacado en las agendas políticas de los Estados miembros de la UE, por varias razones, que van desde el envejecimiento de la población hasta la falta de servicios suficientes y/o adecuados y los costes asociados a una asistencia adecuada. La pandemia de COVID-19 se ha convertido en una prueba más de la necesidad de reformar los sistemas de cuidados de larga duración e invertir en ellos.

Al mismo tiempo, las políticas y estructuras de cuidados de larga duración están menos desarrolladas en muchos países que otras ramas de la protección social (por ejemplo, las pensiones y la asistencia sanitaria). En primer lugar, en algunos países no sólo está poco desarrollada la prestación de cuidados formales de larga duración, sino que el propio concepto de cuidados de larga duración no está bien establecido ni se utiliza. En segundo lugar, los límites entre asistencia social y sanitaria, por un lado, y cuidados de larga duración, por otro, son a menudo poco claros y se solapan. El resultado es que en muchos países, en primer lugar, la protección social de las necesidades de cuidados de larga duración está muy fragmentada entre diferentes ramas de la protección social, que no siempre están integradas entre sí, y, en segundo lugar, el gasto público es demasiado limitado para hacer frente a los múltiples retos en el ámbito de los cuidados de larga duración.

El presente informe está organizado de la siguiente manera. La sección 2 ofrece una visión general de los principales estudios elaborados en las últimas décadas sobre la clasificación de los sistemas de cuidados de larga duración. La sección 3 compara los sistemas de cuidados de larga duración de los Estados miembros en relación con cuatro dimensiones: la organización general; los tipos de prestaciones de protección social para las necesidades de cuidados de larga duración; los criterios de acceso a las prestaciones de cuidados de larga duración; y el modo en que se financian los cuidados públicos de larga duración. La sección 4 propone un marco analítico y ofrece una tipología de los modelos públicos de cuidados de larga duración en la UE. La sección 5 evalúa en qué medida los modelos públicos de cuidados de larga duración son capaces de responder a las necesidades de cuidados de los individuos, utilizando como criterio su capacidad para evitar al menos los riesgos de exclusión social y pobreza. Por último, en la sección de conclusiones se presentan propuestas sobre cómo mejorar la recogida de datos para evaluar mejor el funcionamiento de los sistemas de cuidados de larga duración en la UE.

Por cuidados de larga duración se entiende una serie de servicios y asistencia para personas que, como consecuencia de su fragilidad mental y/o física y/o discapacidad durante un largo periodo de tiempo, dependen de ayuda para las actividades de la vida diaria y/o necesitan algún tipo de cuidados de enfermería permanentes¹. El presente informe se centra en la protección social de las necesidades de cuidados de larga duración de las personas mayores de 65 años..

2 Breve revisión bibliográfica: clasificaciones de los sistemas de cuidados de larga duración

En las últimas décadas, varios estudios han propuesto una clasificación de los sistemas de cuidados de larga duración. Como subrayan Ariaans et al. (2021) en la publicación más reciente sobre el tema, estos estudios se dividen en tres grandes grupos. El primero se centra en los servicios de cuidados y las políticas familiares en general (normalmente también se ocupa del cuidado de los niños), y los cuidados de larga duración son uno de los ámbitos políticos observados (por ejemplo, Alber, 1995; Anttonen y Sipilä, 1996; Kautto, 2002; Leitner, 2003; Bettio y Plantenga, 2004; Saraceno y Keck, 2010). El segundo grupo se centra en aspectos específicos de los sistemas de cuidados de larga duración: por ejemplo, el papel de los cuidadores migrantes y de los cuidadores familiares informales, o el papel de regímenes específicos, como las prestaciones económicas para cuidados o los servicios de cuidados a domicilio (por ejemplo, Burau et al., 2007; Simonazzi, 2008; Da Roit y Le Bihan, 2010; Di Rosa et al.,

¹ The daily living activities for which help is needed may be the self-care activities that a person must perform every day (Activities of Daily Living, such as bathing, dressing, eating, getting in and out of bed or a chair, moving around, using the toilet, and controlling bladder and bowel functions) or may be related to independent living (Instrumental Activities of Daily Living, such as preparing meals, managing money, shopping for groceries or personal items, performing light or heavy housework, and using a telephone).

2011; Bettio y Verashchagina, 2012; van Hooren, 2012; Anderson, 2012; Da Roit y Weicht, 2013; Pfau-Effinger, 2014). El tercer y último grupo de estudios se centra en los cuidados de larga duración, incluida en algunos casos la prestación pública en favor no solo de las personas mayores, sino también de las personas con discapacidad (por ejemplo, Pavolini y Ranci, 2008; Pommer et al., 2009; Rothgang, 2009; Kraus et al., 2010; Colombo, 2012; Damiani et al., 2011; Ranci y Pavolini, 2015; Halásková et al., 2017; Ariaans et al., 2021).

La mayoría de los estudios sobre tipologías incorporan las características de la oferta pública de cuidados de larga duración (por ejemplo, los recursos financieros, la densidad de camas en los cuidados institucionales de larga duración, el porcentaje de personas que reciben cuidados ambulatorios o residenciales, la presencia de regímenes de prestaciones en metálico), mientras que son menos los estudios que incluyen información sobre la regulación del acceso (por ejemplo, datos sobre la comprobación de los recursos para recibir prestaciones, el derecho a recibir cuidados residenciales, las prestaciones de asistencia a domicilio, las prestaciones en metálico).

Aunque las tipologías de los estudios mencionados se basan en metodologías e indicadores diferentes, hasta cierto punto arrojan conclusiones parcialmente similares, al menos en relación con los países de la UE (Ariaans et al., 2021). En primer lugar, a menudo identifican un grupo nórdico, que generalmente incluye a Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia, y algunos estudios añaden a los Países Bajos. En segundo lugar, los países de Europa Central y Oriental (incluidos los países bálticos) tienden a agruparse, al igual que los de Europa Meridional, y sólo Grecia queda a veces fuera de este último grupo. Por el contrario, los países de Europa continental no suelen estar agrupados, ya que Francia y Bélgica, por un lado, y Alemania, Austria y Luxemburgo, por otro, se asignan a diferentes modelos de cuidados de larga duración, principalmente como consecuencia de las diferentes fuentes de financiación y organización adoptadas en estos países (por ejemplo, desde 1995 Alemania ha introducido un seguro social específico de cuidados de larga duración, mientras que Francia no lo ha hecho).

En general, estos estudios ofrecen perspectivas interesantes, pero suelen adolecer de una o dos deficiencias generales. En primer lugar, la mayoría de ellos se centran en un número limitado de países de la UE (siendo Damiani et al., 2011 la principal excepción). En segundo lugar, tienden a caracterizarse por la falta de datos sobre varias dimensiones de la regulación de los cuidados de larga duración. Por lo tanto, su evaluación de las tipologías de los cuidados de larga duración se basa en información fragmentada y limitada.

En comparación con estudios anteriores, el presente informe ofrece una imagen más amplia y completa de la oferta y los modelos de asistencia pública de larga duración en los Estados miembros de la UE, gracias a las fuentes en las que se basa. En particular, la cartografía se ha basado en: los perfiles de países del volumen II del informe sobre cuidados de larga duración 2021 (Comisión Europea, Comité de Protección Social, 2021); el informe sobre envejecimiento 2021 y las fichas de países relacionadas (Comisión Europea, Comité de Política Económica 2021); el informe de síntesis de la ESPN de 2018 sobre cuidados de larga duración (Spasova et al., 2018), y los informes de países que lo acompañan; el informe de síntesis de la ESPN de 2019 sobre la financiación de la protección social (Spasova y Ward, 2019) y las fichas de países; la base de datos MISSOC; la base de datos en línea de Eurostat. En cuestiones específicas, también se ha contactado con expertos nacionales de la ESPN para obtener aclaraciones.

3 Análisis comparativo basado en cuatro dimensiones

La información y los datos se han recopilado y analizado teniendo en cuenta cuatro dimensiones comparativas: organización general de los sistemas públicos de cuidados de larga duración; tipos de prestaciones de protección social; criterios de elegibilidad; y financiación.

Antes de describir las facetas de estas dimensiones, es importante subrayar que cada Estado de la UE tiene que enfrentarse a un trilema de "cuidados de larga duración".

La primera arista del trilema es cómo garantizar la cobertura de las necesidades con servicios formales de cuidados de larga duración. En la actualidad, muchos países no son capaces de llegar a todos sus beneficiarios potenciales. Además, la cobertura en cuidados de larga duración se ha medido principalmente en términos de número de personas que reciben prestaciones, pero no en términos de intensidad (por ejemplo, horas de cuidados prestados a los beneficiarios). Esta última dimensión es especialmente importante en un momento en que la mayoría de los países de la UE están cada vez más dispuestos a aplicar una estrategia de "envejecimiento en el lugar", basada en ayudar a las personas necesitadas en sus domicilios y no en centros residenciales de asistencia.

La segunda arista del trilema se refiere a la medida en que los sistemas de cuidados de larga duración deben confiar en los cuidadores familiares informales, en su mayoría mujeres, y apoyarlos, evitando al mismo tiempo que recaiga sobre sus hombros la carga de los cuidados cotidianos. La literatura científica citada anteriormente muestra claramente que depender en exceso de los cuidadores informales no es una estrategia con visión de futuro. A menudo, los cuidadores familiares informales son personas que siguen en el mercado laboral o que tienen entre 70 y 80 años y cuidan de parejas frágiles. Un apoyo inadecuado a los cuidadores informales fomenta, por un lado, su salida anticipada del mercado laboral o la reducción de sus horas de trabajo y, por otro, el "agotamiento" de estas personas, con posibles consecuencias para su salud y bienestar. El hecho de que la mayoría de los cuidadores informales sean mujeres aumenta el riesgo de que se produzcan desigualdades sociales basadas en el género, ahora y en la vejez.

La tercera esquina del trilema es el aumento del gasto público en momentos en que los presupuestos públicos ya están bajo presión y no pueden ampliarse fácilmente: se prevé que el gasto en cuidados de larga duración aumente sustancialmente, aunque desde un nivel muy bajo, en muchos Estados miembros en las próximas décadas, debido a varios factores, siendo el envejecimiento de la población uno de los más destacados (Comisión Europea y Comité de Protección Social, 2021; Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2021).

3.1 Organización general

La organización general de la prestación pública de cuidados de larga duración se ha analizado desde dos perspectivas diferentes. En primer lugar, los países se clasifican en función de si poseen una rama de protección social pública dedicada a los cuidados de larga duración, lo que puede calificarse de sistema "integrado", o de lo contrario, lo que puede calificarse de sistema "dividido". En segundo lugar, la oferta pública de cuidados de larga duración se estudia en función del nivel o niveles en los que se organiza la protección social (por ejemplo, a nivel regional, nacional, etc.).

Sólo 10 países de los 27 tienen un sistema público integrado de cuidados de larga duración (AT, BE, DE, DK, ES, FI, FR, LU, NL, SE). Sin embargo, de estos 10 países, al menos dos cuentan con sistemas no totalmente integrados (AT) o con una separación de responsabilidades entre niveles subnacionales (BE).

Los 17 restantes cuentan con un sistema público que suele estar dividido, por un lado, entre asistencia sanitaria y asistencia social/ayuda social y, por otro, entre las instituciones encargadas de proporcionar las prestaciones en metálico y las instituciones responsables de los servicios en especie.

En 12 países, la oferta pública de cuidados de larga duración se organiza mayoritariamente a un solo nivel territorial (AT, BE, CY, DE, DK, FI, FR, IE, LU, MT, NL, SE). Este nivel territorial principal en los países nórdicos es el nivel municipal (DK, FI y SE), donde los municipios se encargan de garantizar un sistema integrado de asistencia sanitaria y social de larga duración. El nivel territorial principal en la mayoría de los países de Europa continental (AT, DE, LU, NL) es el nivel nacional, donde una rama específica de la protección social de los cuidados de larga duración desempeña un papel fundamental en la organización de los cuidados. En este último caso, las autoridades locales y regionales que gestionan los servicios desempeñan un importante papel complementario. Bélgica, un Estado federal, es un caso específico, dado que la organización de los cuidados de larga duración se ha transferido en su mayor parte a las Regiones (entidades federadas). Los países demográficamente pequeños, como Malta y Chipre, organizan sus cuidados de larga duración principalmente a nivel estatal.

En los 15 países restantes (BG, CZ, EE, EL, ES, HR, IT, LV, LT, HU, PL, PT, RO, SI, SK), las responsabilidades de organización de los cuidados de larga duración se asignan a diferentes niveles de gobierno en función del tipo de prestación (servicios de asistencia sanitaria, servicios de asistencia social y prestaciones en metálico).

3.2 Tipos de protección social para los cuidados de larga duración

En los países de la UE, la protección social de los cuidados de larga duración adopta tres formas: servicios, prestaciones económicas para las personas con necesidades de cuidados de larga duración y prestaciones económicas para los cuidadores. En la práctica, todos los países ofrecen servicios de cuidados de larga duración. La oferta incluye atención residencial, atención semiresidencial (de día),

distintos tipos de atención a domicilio (atención social y en residencias de ancianos) y otros productos en especie (por ejemplo, adaptaciones del hogar, pañales para adultos, ascensores para trasladar a las personas dependientes). Los Estados miembros no difieren en cuanto a la presencia de estos tipos de servicios. Las diferencias provienen más bien del nivel de cobertura de los servicios. En concreto, como muestra la Figura 1, 12 países ofrecen asistencia domiciliaria y residencial a menos del 10% de su población mayor de 65 años (AT, BG, CZ, DE, EL, ES, HR, HU, IT, LV, PL, PT), mientras que todos los demás tienen tasas de cobertura más elevadas. También hay diferencias entre países en cuanto a las proporciones de asistencia a domicilio y asistencia residencial. La atención residencial sigue siendo bastante importante en varios países (al menos el 5 % de los mayores de 65 años viven en este tipo de instalaciones en 7 de ellos - BE, EE, LT, LU, NL, SI, SK) y la cobertura de la atención a domicilio sigue siendo bastante débil en muchos Estados miembros (menos del 5 % de los mayores de 65 años reciben ayuda formal a domicilio en 11 Estados miembros - AT, BG, CZ, DE, ES, HR, HU, IT, LV, PL, PT).

En lo que respecta a los regímenes de prestaciones en metálico para las personas con necesidades de cuidados de larga duración, sólo 8 países no ofrecen prácticamente este tipo de ayuda (DK, EE, EL, HU, IE, MT, RO). Los demás Estados miembros han establecido regímenes de prestaciones en metálico. Las prestaciones en metálico se conceden sobre la base de una evaluación de las necesidades de cuidados de larga duración y se financian a partir de diferentes fuentes (sistema público de cuidados de larga duración o a través de la asistencia sanitaria y social/asistencia social), dependiendo de la organización general.

Una distinción importante entre estos regímenes es entre las prestaciones en metálico "vinculadas" (los beneficiarios tienen que documentar cómo se gastan los recursos que han recibido) o las prestaciones "no vinculadas" (los beneficiarios son libres de utilizar los recursos como prefieran sin ningún tipo de rendición de cuentas). La mayoría de los países con prestaciones en metálico (12 de 19) utilizan prestaciones en metálico "sin consolidar" (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, FI, HR, IT, PL, PT, SI). Sólo 7 (ES, FR, LT, LU, LV, NL, SK) las utilizan "consolidadas". Optar por prestaciones en metálico "consolidadas" o "no consolidadas" tiene consecuencias importantes. Los regímenes basados en prestaciones económicas "vinculadas" suelen garantizar la coordinación entre el beneficiario y el sistema público de cuidados de larga duración (en términos de supervisión por parte de los trabajadores sociales y los profesionales sanitarios, y en términos de integración con la prestación de servicios de cuidados de larga duración). Los regímenes basados en prestaciones económicas "no vinculadas" dejan más libertad de elección a los beneficiarios y permiten una mayor flexibilidad en la forma de gastar los recursos públicos en comparación con los regímenes "vinculados", pero no suelen fomentar la coordinación.

Aunque los regímenes de prestaciones en metálico para personas con necesidades de cuidados de larga duración son comunes en 19 países, cubren al menos al 10% de las personas mayores en menos de la mitad de ellos (AT, CZ, DE, FI, IT, LT, PL, SE). En varios Estados miembros existe una correlación entre la cobertura limitada a través de los servicios públicos y la cobertura relativamente alta a través de las prestaciones en metálico (AT, CZ, DE, IT, PL), lo que implica que estas prestaciones en metálico proporcionan esencialmente apoyo a los cuidados informales y, en cierta medida, a la prestación por parte de cuidadores formales remunerados de forma privada.

La tabla 1 ofrece información sobre la cobertura y el nivel de estos regímenes de prestaciones en metálico en los Estados miembros. El nivel se mide como el porcentaje de los ingresos mensuales medios de las personas mayores en cada país. En la mayoría de los Estados miembros (BG, CY, IT, LV son las principales excepciones) la cuantía de las prestaciones en metálico no es fija, sino que depende del nivel de apoyo asistencial que necesite el beneficiario. Por lo tanto, la cuantía puede variar significativamente en función de la evaluación de las necesidades del beneficiario (por ejemplo, como en los casos austriaco y alemán). En muchos Estados miembros que ofrecen prestaciones en metálico, el nivel de estas prestaciones es relativamente limitado (equivale como máximo al 36 % de los ingresos mensuales medios de las personas mayores): en BE, BG, CY, CZ, ES, FI, IT, LU, PL, PT, SE.

Tabla 1: Características de los regímenes de prestaciones en metálico en la UE: tasa y nivel de cobertura (2019)

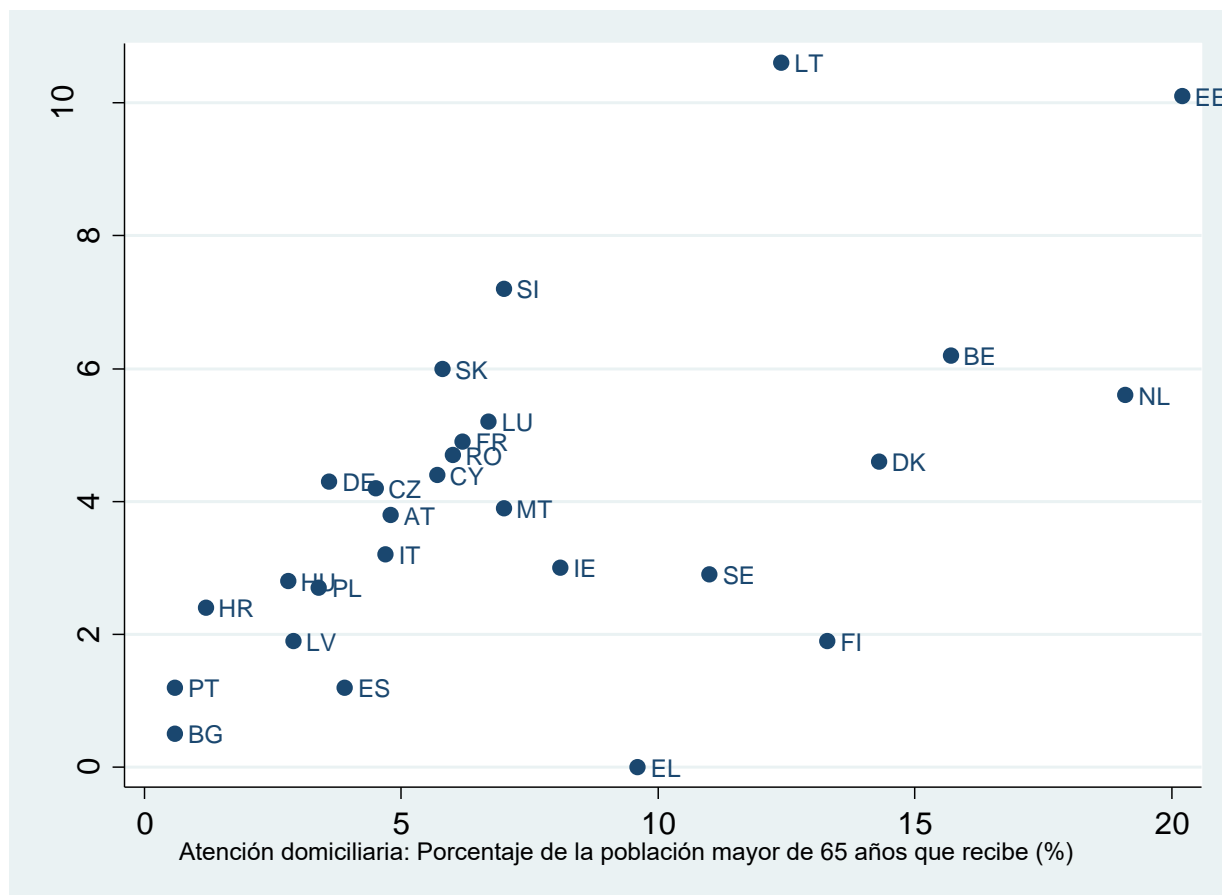
País	Porcentaje de la población mayor de 65 años que recibe prestaciones económicas para cuidados de larga duración (%)	Nivel de prestaciones económicas (en porcentaje de la renta mensual media de las personas mayores del país)
Austria	21.6	8%-81%
Bélgica	7.8	5%-36%
Bulgaria	3.1	20%
Croacia	7.5	14%-42%
Chipre	9.4	36%
República checa	12.0	5%-13%
Finlandia	13.9	4%-19%
Alemania	11.3	40%-117%
Italia	10.9	36%
Letonia	1.3	51%
Lituania	15.6	N.A.
Luxemburgo	0.9	1%-30%
Países Bajos	1.2	N.A.
Polonia	37.2	20-25%
Portugal	0.3	14%-24%
Eslovaquia	8.7	80%-106%
Eslovenia	7.1	8%-43%
España	4.3	12%-31%
Suecia	11.0	26% ^a

a): puede variar según los municipios

Fuente: Elaboración ESPN a partir de datos MISSOC; Comisión Europea, Comité de Política Económica (2021).

La gran mayoría de los países de la UE (24 de 27, aparte de EL, NL y RO) también ofrecen prestaciones económicas para los cuidadores, bien a través de programas específicos ad hoc (DK, EE, HU, IE, MT), bien permitiendo que los cuidadores informales reciban la prestación económica asignada a las personas con necesidades de cuidados de larga duración. En algunos países en los que existe este tipo de prestación, los beneficiarios y los cuidadores tienen derecho a decidir si las prestaciones económicas para los primeros pueden ser percibidas por los segundos.

Figura 1: Sistemas públicos de cuidados de larga duración en la Unión Europea según la cobertura garantizada a través de la atención domiciliaria y la atención residencial, 2019



Fuente: Comisión Europea, Comité de Política Económica (2021)

3.3 Criterios de admisibilidad

En lo que respecta a los criterios de elegibilidad para la protección social de los cuidados de larga duración, los países de la UE difieren en cuanto a si adoptan un enfoque universalista (caracterizado por una elevada cobertura de protección social para todos los residentes y servicios y prestaciones públicos universales) o selectivista (caracterizado por la focalización o personalización de los servicios y las políticas para grupos concretos). La cartografía de los Estados miembros de la UE muestra que también existen otros enfoques más allá de las perspectivas puramente selectivistas o universalistas. En concreto, el informe ha trazado cuatro modelos que pueden situarse en un continuo, desde la selectividad en un extremo hasta el universalismo en el otro:

- Un modelo "selectivista" está presente en diez países de Europa Central y Oriental y de Europa Meridional (BG, CY, EE, EL, HR, HU, PL, PT, RO, SI); en estos países, el acceso a la prestación pública de cuidados de larga duración, ya sean prestaciones en metálico o servicios en especie, depende no sólo de una evaluación de las necesidades de cuidados, sino también de la comprobación de los recursos económicos (basada normalmente en los ingresos y, en algunos casos, en los bienes, incluidos a menudo los recursos económicos de los parientes cercanos).
- En seis países (BE, CZ, IE, IT, LT, SK) se adopta un modelo "mixto", en el que, dependiendo del tipo de prestación de cuidados de larga duración (prestaciones en metálico frente a servicios), se aplica la selectividad en los servicios o el universalismo en las prestaciones en metálico.
- En tres países (ES, LV, MT) existe un modelo "cuasi universalista", en el que el acceso a la prestación sólo está vinculado formalmente a una evaluación de las necesidades de cuidados y no a la comprobación de los recursos económicos, pero en el que, al mismo tiempo, las tasas de cobertura de los cuidados de larga duración son relativamente bajas y, de facto, el sistema es parcialmente selectivista.

- En ocho países (AT, DE, DK, FI, FR, LU, NL, SE), la mayoría continentales y nórdicos, se adopta un modelo "universalista"; la evaluación de las necesidades es el principio básico en estos Estados miembros en lo que respecta a la prestación de cuidados de larga duración (ya sea a través de servicios o de prestaciones económicas).

La mayoría de los países utilizan criterios de evaluación de las necesidades que les permiten diferenciar entre niveles de necesidades de cuidados de larga duración. El número y la definición de los niveles de cuidados varían mucho de un país a otro.

En general, los profesionales sanitarios (médicos de cabecera, gerontólogos o enfermeros) y los trabajadores sociales son los responsables de la evaluación, dependiendo también del tipo de prestación ofrecida (profesionales sanitarios para los servicios de atención sanitaria y, a menudo, prestaciones económicas; trabajadores sociales para los servicios de atención social en especie). La regulación de la evaluación de las necesidades está más o menos centralizada en función de: la presencia o ausencia de un sistema integrado de cuidados de larga duración; el nivel territorial predominante para organizar la oferta pública de cuidados de larga duración (véase el apartado 3.1). En los países nórdicos, por ejemplo, los criterios y la evaluación dependen en gran medida de los municipios y sus equipos profesionales de cuidados de larga duración.

3.4 Financiación

Los Estados miembros financian la asistencia sanitaria pública de larga duración y la asistencia social de larga duración principalmente a través de tres vías:

- Doce países utilizan esencialmente la fiscalidad (AT, BG, CY, DK, ES, FI, HR, IE, IT, LV, RO, SE).
- Cinco países utilizan predominantemente cotizaciones sociales obligatorias (BE en la entidad federada flamenca, DE, EL, LU, NL).
- Diez países combinan la fiscalidad (normalmente para financiar la asistencia social) y las cotizaciones sociales obligatorias (normalmente para financiar la asistencia sanitaria) (CZ, EE, FR, HU, LT, MT, PL, PT, SK, SI).

En general, las cotizaciones sociales obligatorias son el pilar fundamental de la financiación sólo en unos pocos países, en los que se han creado regímenes de cuidados de larga duración basados en seguros, como demuestra el caso alemán.

Los países que adoptan una combinación de cotizaciones e impuestos no suelen tener sistemas "integrados" de cuidados de larga duración; en estos países, la asistencia sanitaria y la asistencia social son financiadas por instituciones diferentes, y los impuestos financian la parte de asistencia social de los cuidados de larga duración.

Prácticamente todos los países de la UE aplican el reparto de costes y las tasas de cuidados de larga duración. Los pocos países que no aplican cuotas tienen unos umbrales elevados de comprobación de recursos que limitan el acceso de los beneficiarios al sistema público de cuidados de larga duración. Por lo general, las tarifas se aplican a la asistencia residencial, para cubrir los gastos de alojamiento más que los tratamientos asistenciales. Al mismo tiempo, todos los países han introducido salvaguardias para los beneficiarios con recursos económicos limitados: sus honorarios suelen ser sufragados parcial o totalmente por las autoridades locales.

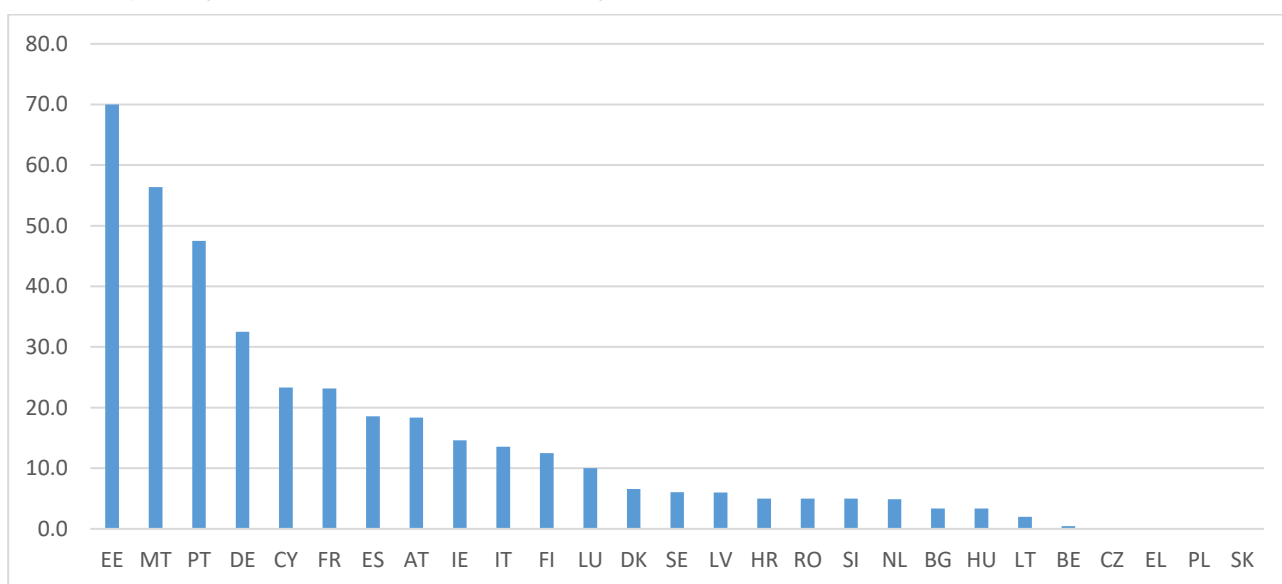
Aunque es difícil resumir la normativa sobre las cuotas de los usuarios y los copagos, dada su complejidad, hay dos indicadores importantes que representan el papel de los hogares en la financiación de los cuidados públicos de larga duración: la proporción del pago de bolsillo de los hogares como porcentaje del PIB; el pago de bolsillo de los cuidados de larga duración como porcentaje del gasto público en cuidados de larga duración. El primer indicador proporciona información sobre cuánto gastan los hogares, mientras que el segundo pone esta información en relación con el esfuerzo público para cubrir las necesidades de cuidados de larga duración.

Desgraciadamente, los datos existentes tienen un defecto importante: para la mayoría de los países de la UE se dispone de información sobre el gasto de bolsillo en cuidados sanitarios de larga duración, pero no sobre el componente social de dicho gasto.

La media no ponderada del gasto de bolsillo en cuidados sanitarios de larga duración en la UE equivale al 0,1% del PIB. Sin embargo, hay seis países de la UE en los que este valor equivale al menos al 0,3% del PIB (AT, DE, ET, FI, FR, MT).

El indicador sobre el papel de los pagos directos de los hogares por cuidados de larga duración como porcentaje del gasto público en cuidados de larga duración ofrece más información (Figura 2). Hay ocho países en los que el gasto de bolsillo en cuidados sanitarios de larga duración es prácticamente insignificante (BE, BG, CZ, EL, HU, LT, PL, SK). Sin embargo, la mayoría de los países con un gasto de bolsillo en cuidados sanitarios de larga duración muy bajo son también los que ofrecen servicios de cuidados de larga duración muy limitados. En otros ocho países, este porcentaje se sitúa entre el 5 y el 10% (DK, HR, LU, LV, NL, RO, SE, SI). En Irlanda, Finlandia, España, Italia y Austria, los pagos directos representan entre el 11% y el 19% del gasto público total. En los seis países restantes (CY, DE, FR, EE, MT, PT), este valor es superior, especialmente en los tres últimos, donde representa al menos el 48% del valor del gasto público².

Figura 2: Pagos directos de los hogares por cuidados de larga duración (Sanidad) como porcentaje del gasto público en cuidados de larga duración (2019)



Nota: los datos de Malta se refieren a 2018

Fuente: Base de datos de Eurostat (indicador: HLTH_SHA11_HCHF).

² Grecia no se incluye en el análisis debido a la falta de datos.

4 Cómo se agrupan los sistemas públicos de cuidados de larga duración de la UE

4.1 Enfoque analítico y metodológico

La mayoría de las investigaciones sobre tipologías presentadas en la sección 2 siguen un enfoque cualitativo para cartografiar los sistemas de cuidados de larga duración -basado en unas pocas variables que se consideran fundamentales (por ejemplo, los criterios de acceso)- o un enfoque cuantitativo -en el que se introducen simultáneamente en el análisis varias dimensiones e indicadores diferentes (por ejemplo, Damiani et al., 2011; Ariaans et al., 2021)-. La solución adoptada en el presente informe es una mezcla entre ambas. El análisis y la agrupación se basan inicialmente en dos dimensiones, que pueden considerarse como las que definen el funcionamiento básico de los sistemas de cuidados de larga duración; posteriormente se considera si otros indicadores encajan en la tipología resultante.

Por lo tanto, adoptando un enfoque gradual, comenzamos la agrupación a partir de dos dimensiones y, a continuación, añadimos al análisis muchos otros factores relacionados con los entornos institucionales, la prestación de cuidados, la elegibilidad y la financiación. Las dos dimensiones de partida son:

- Gasto público en cuidados de larga duración en porcentaje del PIB (%).
- Gasto público en prestaciones económicas de cuidados de larga duración como porcentaje del gasto público total en cuidados de larga duración (%).

Estas dos dimensiones proporcionan información importante sobre las principales decisiones que toman los países en torno a los cuidados de larga duración: cuánto deben invertir los Estados en la provisión pública de cuidados de larga duración; si los Estados deben dar prioridad a los servicios o a las transferencias sociales como principal canal de intervención, sabiendo que en muchos países las transferencias sociales no tienen por qué destinarse necesariamente a servicios formales (Ranci y Pavolini, 2013). La respuesta simultánea a estas dos preguntas revela la visión central de la provisión pública de cuidados de larga duración en un país determinado. En relación con estas dos decisiones, Saraceno y Keck (2010) proponen tres modelos diferentes de intervención en cuidados de larga duración:

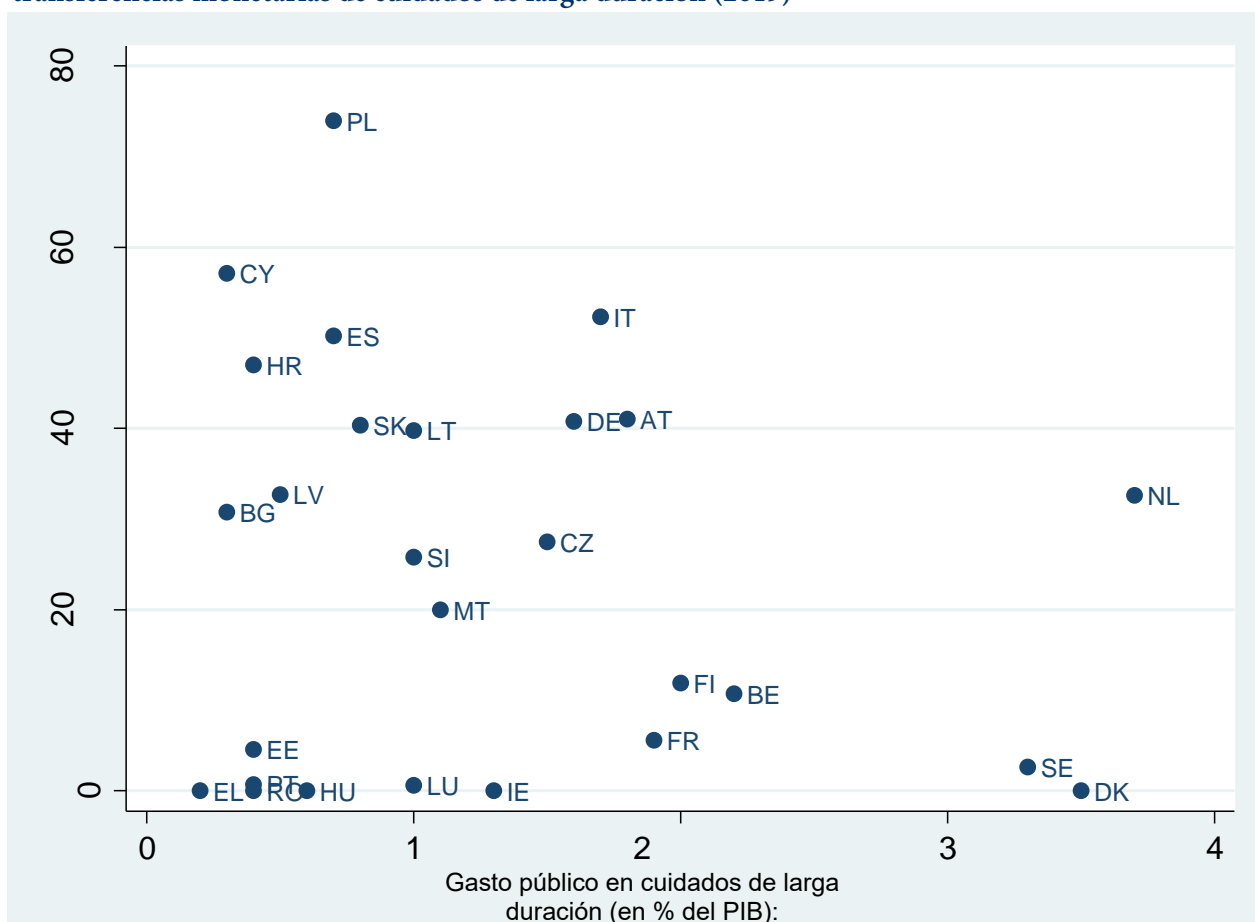
- a) *El familismo por defecto* se refiere a un contexto político en el que el Estado no ofrece medidas públicas para asumir o apoyar el cuidado familiar, dando por sentado que la familia cuidará de los que necesiten ayuda; el familismo por defecto es típico de los cuidados de larga duración con bajos niveles de gasto; dado el desequilibrio en la división del trabajo de cuidados por género en la mayoría de los países europeos, este modelo asume implícitamente que las mujeres tienen que soportar la carga de los cuidados.
- b) *El familismo apoyado* se produce cuando las políticas públicas tienen como objetivo apoyar a los cuidadores familiares. El supuesto básico es que la familia, y no el Estado, es la principal proveedora de cuidados. Sin embargo, las políticas de apoyo al familismo a menudo acaban apoyándose en las mujeres cuidadoras, lo que choca con las políticas destinadas a fomentar una mayor participación femenina en el mercado laboral y la igualdad de género. El familismo de apoyo adopta la forma de un gasto público relativamente generoso en cuidados de larga duración a través de transferencias monetarias que, por un lado, reconocen el papel que desempeña la familia en la prestación de cuidados y, por otro, pueden utilizarse (parcialmente) para comprar directamente parte de la prestación en el mercado de cuidados;
- c) La *desfamiliarización* refleja la creencia de que el Estado debe ser el principal responsable de la prestación de cuidados, de modo que los usuarios de los cuidados puedan decidir de forma autónoma cómo satisfacer sus necesidades de cuidados sin depender excesivamente de los familiares. La desfamiliarización requiere al menos un nivel medio, si no alto, de gasto público en cuidados de larga duración a través de servicios (atención domiciliaria y atención residencial). En este último modelo, el Estado apoya a las familias (a través de los servicios) y reconoce su importante papel, pero no las considera los principales proveedores necesarios de cuidados.

Como muestra el análisis empírico que figura a continuación, estos tres modelos pueden analizarse empíricamente de forma más matizada y detallada. Al hacerlo, surge un conjunto más amplio de sistemas públicos de cuidados de larga duración en la UE.

4.2 Los resultados

La figura 3 muestra cómo se comportan los Estados miembros de la UE en las dos dimensiones principales del análisis. El coeficiente de correlación de Pearson entre el gasto público en cuidados de larga duración y el gasto público en prestaciones económicas como porcentaje del gasto total en cuidados de larga duración es muy bajo y negativo (-,171). Por lo tanto, se basan en dos decisiones políticas casi totalmente separadas.

Figura 3: Sistemas públicos de cuidados de larga duración en la Unión Europea según su nivel total de gasto en cuidados de larga duración y sobre el papel desempeñado por las transferencias monetarias de cuidados de larga duración (2019)

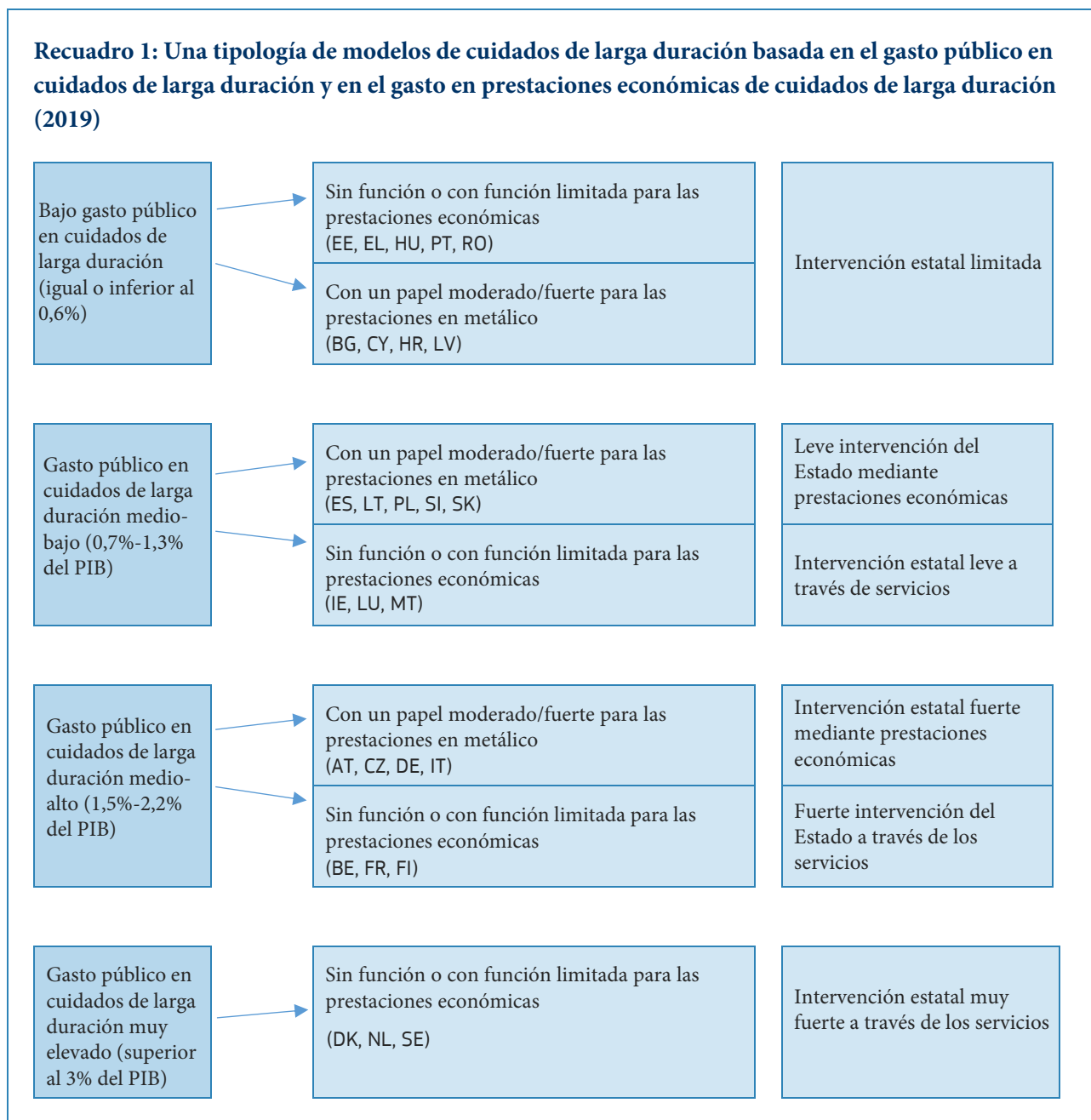


Fuente: Comisión Europea, Comité de Política Económica

Un análisis de conglomerados realizado a partir de estas dos dimensiones arroja seis modelos diferentes (véanse el recuadro 1 y el cuadro 2).

1. Un *modelo de intervención estatal limitada*: un tercio de todos los Estados miembros de la UE pertenecen a esta categoría, que se caracteriza por un nivel muy bajo de gasto público en cuidados de larga duración (una media del 0,4% del PIB). Existen diferencias entre los países pertenecientes al clúster en cuanto al papel de las prestaciones en metálico, pero el nivel de intervención pública es tan bajo que esta última faceta parece ser la más importante; los países pertenecientes al clúster son exclusivamente países del sur de Europa (CY, EL, PT) o del centro-este (BG, EE, HR, HU, LV, RO).

2. Un *modelo de intervención leve del Estado a través de prestaciones económicas*: casi una quinta parte de los Estados miembros de la UE pertenecen a este segundo modelo, en el que el gasto público del PIB en cuidados de larga duración es mayor que en el anterior (una media del 0,8%), y casi la mitad de este gasto se canaliza a través de prestaciones económicas (46,0%); España y cuatro países de Europa Central y Oriental (LT, PL, SI, SK) pertenecen a este grupo.
3. Un *modelo de intervención estatal leve a través de los servicios*: aproximadamente uno de cada diez Estados miembros pertenece a este grupo, en el que los países invierten más recursos en cuidados de larga duración que en los modelos anteriores, pero siguen estando por debajo del nivel medio de la EU-27; al mismo tiempo, la financiación se destina esencialmente a los servicios de cuidados a domicilio y residenciales; mientras que en los grupos anteriores se observaba un patrón geográfico (Europa meridional y centrooriental), en este caso los países están distribuidos de forma más heterogénea (IE, LU, MT).
4. Una *fuerte intervención del Estado a través del modelo de prestaciones en metálico*: Austria, Alemania, Italia y la República Checa comparten un modelo en el que el apoyo financiero a las necesidades de cuidados de larga duración es relativamente constante (1,7% del PIB), y a menudo adopta la forma de transferencias monetarias.
5. Un *modelo de fuerte intervención del Estado a través de los servicios*: Bélgica, Francia y Finlandia gastan una parte relativamente alta de su PIB en políticas de cuidados de larga duración (2,0%), utilizando sobre todo los servicios como herramienta de prestación..
6. Un *modelo de intervención estatal muy fuerte a través de los servicios*: dos países nórdicos (DK y SE), junto con los Países Bajos, forman parte de este último grupo, invirtiendo una parte muy alta de los recursos públicos en la cobertura de las necesidades de cuidados de larga duración (3,5% de su PIB), y contando sobre todo con la prestación en especie para apoyar a las personas y los hogares.



Fuente: Elaboración ESPN a partir de datos de la Comisión Europea, Comité de Política Económica

Mientras que los cuatro primeros modelos juntos representan aproximadamente el 78% de los Estados miembros, el resto de los países (algo más de una quinta parte de todos los Estados miembros) adoptan un modelo de difamación, que se presenta en dos versiones diferentes, dependiendo del nivel de recursos proporcionados.

Tabla 2: Características de la tipología de clústeres de modelos públicos de cuidados de larga duración (valores medios de cada clúster) (2019)

	Porcentaje del PIB en gasto público en cuidados de larga duración (%)	Porcentaje del gasto público en cuidados de larga duración en prestaciones económicas (%)	Porcentaje de los Estados miembros de la UE (%)
Intervención estatal limitada	0.4	19.2	33.3
Leve intervención del Estado mediante prestaciones económicas	0.8	46.0	18.5
Leve intervención del Estado a través de los servicios	1.1	6.9	11.1
Fuerte intervención del Estado mediante prestaciones económicas	1.7	40.4	14.8
Fuerte intervención del Estado a través de los servicios	2.0	9.4	11.1
Intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios	3.5	11.7	11.1

Intervención estatal limitada: 9 EM (BG, CY, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO)

Intervención estatal leve a través de prestaciones económicas: 5 MS (ES, LT, PL, SI, SK)

Intervención estatal leve a través de servicios: 3 MS (IE, LU, MT)

Fuerte intervención del Estado a través de prestaciones económicas: 4 MS (AT, CZ, DE, IT)

Fuerte intervención del Estado a través de los servicios: 3 MS (BE, FR, FI)

Intervención estatal muy fuerte a través de los servicios: 3 MS (DK, NL, SE)

Fuente: Elaboración ESPN a partir de datos de la Comisión Europea, Comité de Política Económica

Construir la tipología sobre dos variables permite comprobar si la información sobre los sistemas de cuidados de larga duración recogida y descrita en la sección anterior encaja.

4.2.1 Organización pública global de cuidados de larga duración

Como muestra claramente la tabla 3, existe una fuerte asociación entre la organización general de los cuidados de larga duración y los seis modelos. La existencia de una rama de protección social dedicada a los cuidados de larga duración está presente en todos los países que adoptan un modelo fuerte o muy fuerte basado en la intervención del Estado a través de los servicios, y parcialmente en los que presentan el modelo de intervención fuerte del Estado a través de prestaciones en metálico, mientras que es menos frecuente en los demás grupos, y está totalmente ausente en los Estados con una intervención limitada.

La presencia de un nivel territorial/institucional prevalente en el que se organiza la prestación de cuidados de larga duración sigue en parte líneas similares, pero también se ve influida por otras características de los Estados miembros. El nivel prevalente está presente en todos los países con un modelo de intervención muy fuerte a través de los servicios, se encuentra a menudo en los países con una fuerte intervención a través de los servicios, mientras que es muy poco frecuente en los otros modelos.

Tabla 3: Las características de la tipología de clúster de los modelos públicos de cuidados de larga duración: la organización general de la prestación (valores medios para cada clúster)

	Países con un nivel territorial/ institucional predominante para organizar los cuidados de larga duración*	Países con una rama de protección social dedicado a los cuidados de larga duración*
Intervención estatal limitada	0.0%	11.1%
Leve intervención del Estado mediante prestaciones económicas	20.0%	0.0%
Leve intervención del Estado a través de los servicios	33.3%	66.7%
Fuerte intervención del Estado mediante prestaciones económicas	50.0%	50.0%
Fuerte intervención del Estado a través de los servicios	100.0%	66.7%
Intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios	100.0%	100.0%

* Como porcentaje de países pertenecientes al mismo modelo (%).

Intervención estatal limitada: 9 EM (BG, CY, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO)

Intervención estatal leve mediante prestaciones económicas: 5 ESTADOS MIEMBROS (ES, LT, PL, SI, SK)

Intervención estatal leve a través de servicios: 3 MS (IE, LU, MT)

Fuerte intervención del Estado a través de prestaciones económicas: 4 MS (AT, CZ, DE, IT)

Fuerte intervención del Estado a través de los servicios: 3 MS (BE, FR, FI)

Intervención estatal muy fuerte a través de los servicios: 3 MS (DK, NL, SE)

Fuentes: Elaboración ESPN a partir de Spasova et al. (2018); Spasova y Ward (2019); base de datos MISSOC.

4.2.2 Tipos de protección social para los cuidados de larga duración

La tabla 4 muestra los resultados de los seis modelos en términos de prestación de diferentes servicios en especie (atención residencial y atención domiciliaria), prestaciones en metálico expedidas directamente a los beneficiarios o a sus cuidadores informales, cuando los hay. La tipología de los seis modelos se mantiene relativamente bien, y pueden añadirse otras especificaciones a las características de estos seis modelos.

El *modelo de intervención estatal limitada* ofrece los índices de cobertura más bajos para todos los tipos de prestaciones, y llega a una parte muy limitada de los beneficiarios potenciales. Sólo en una minoría de países existe algún tipo de ayuda en metálico para las personas necesitadas (normalmente regímenes "no vinculados") y los cuidadores informales..

El *modelo de intervención leve del Estado a través de prestaciones económicas* muestra una tasa de cobertura superior a la del modelo anterior, y lo hace principalmente a través de prestaciones económicas, también para los cuidadores informales. Sin embargo, dados los escasos recursos dedicados a los cuidados de larga duración, el nivel de dichas prestaciones es limitado.

El *modelo de intervención leve del Estado a través de los servicios* proporciona una mayor tasa de cobertura de las necesidades en comparación con los dos modelos anteriores, principalmente a través de servicios en especie, como era de esperar, pero también en algunos casos a través de prestaciones económicas para los cuidadores informales.

El *modelo de fuerte intervención estatal a través de prestaciones en metálico* logra un nivel de cobertura similar, gracias en parte a la prestación de servicios, pero sobre todo a las transferencias en metálico ("no vinculadas").

Los dos *modelos basados en una intervención fuerte o muy fuerte del Estado a través de los servicios* alcanzan tasas muy elevadas de cobertura a través de los servicios. Es importante señalar que en ambos modelos también se ofrecen prestaciones en metálico "vinculadas", como una forma de integrar y no de sustituir las prestaciones de servicios en especie, con el fin de que estas últimas sean más flexibles y completas a la hora de cubrir las necesidades de los beneficiarios.

Tabla 4: Características de la tipología de clústeres de modelos de cuidados de larga duración: provisión (valores medios de cada clúster) (2019)

	Camas de cuidados residenciales de larga duración por 100.000 habitantes mayores de 65 años	Tasa de cobertura de atención residencial (%)	Tasa de cobertura de asistencia a domicilio (%)	Tasa de cobertura de las prestaciones en metálico (%)	Países que adoptan un régimen de prestaciones en metálico "sin consolidar" entre sólo los países con un régimen de prestaciones	Países con un régimen de prestaciones en metálico para los cuidadores informales*
Intervención estatal limitada	356	3.1	5.5	2.7	80.0	44.4
Leve intervención del Estado mediante prestaciones económicas	703	5.5	6.5	14.6	40.0	80.0
Leve intervención del Estado a través de los servicios	965	4.0	7.3	0.4	0.0	66.7
Fuerte intervención del Estado mediante prestaciones económicas	780	3.9	4.4	14.0	100.0	50.0
Fuerte intervención del Estado a través de los servicios	1150	4.3	11.7	7.2	33.3	33.3
Intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios	1170	4.4	14.8	4.1	0.0	66.7

* Como porcentaje de países pertenecientes al mismo modelo (%).

Intervención estatal limitada: 9 EM (BG, CY, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO)

Intervención estatal leve mediante prestaciones económicas: 5 ESTADOS MIEMBROS (ES, LT, PL, SI, SK)

Intervención estatal leve a través de servicios: 3 MS (IE, LU, MT)

Fuerte intervención del Estado a través de prestaciones económicas: 4 MS (AT, CZ, DE, IT)

Fuerte intervención del Estado a través de los servicios: 3 MS (BE, FR, FI)

Intervención estatal muy fuerte a través de los servicios: 3 MS (DK, NL, SE)

Fuente: Elaboración ESPN a partir de datos de la Comisión Europea, Comité de Política Económica; Spasova et al. (2018); Spasova y Ward (2019); base de datos MISSOC.

4.2.3 Regulación de los criterios de admisibilidad

Los seis modelos también tienen criterios de elegibilidad muy diferentes (Tabla 5). Los países pertenecientes al modelo de intervención estatal limitada no adoptan un enfoque universalista y la mayoría de ellos adoptan un enfoque selectivista (ni siquiera mixto). En el caso de los dos modelos de intervención estatal leve, tampoco existe un enfoque universalista, sino a menudo selectivista o mixto. Los países que adoptan un modelo de intervención fuerte del Estado mediante prestaciones en metálico tienden a adoptar un enfoque universalista o mixto. Los dos modelos basados en una intervención fuerte y muy fuerte del Estado a través de los servicios adoptan mayoritariamente un enfoque universalista. El enfoque cuasi universalista es común sobre todo entre los países que adoptan un modelo basado en una intervención leve del Estado a través de los servicios.

Tabla 5: Las características de la tipología de clúster de los modelos públicos de cuidados de larga duración: criterios de elegibilidad (valores medios de cada clúster)

	Países que adoptan un enfoque selectivo*.	Países que adoptan un enfoque mixto*	Países que adoptan un enfoque casi universalista*.	Países que adoptan un enfoque universalista*
Intervención estatal limitada	88.9	0.0	11.1	0.0
Leve intervención del Estado mediante prestaciones económicas	40.0	40.0	20.0	0.0
Leve intervención del Estado a través de los servicios	0.0	33.3	33.3	66.7
Fuerte intervención del Estado mediante prestaciones económicas	0.0	50.0	0.0	50.0
Fuerte intervención del Estado a través de los servicios	0.0	33.3	0.0	66.7
Intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios	0.0	0.0	0.0	100.0

* Porcentaje de países que pertenecen al mismo modelo (%).

Intervención estatal limitada: 9 EM (BG, CY, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO)

Intervención estatal leve mediante prestaciones económicas: 5 ESTADOS MIEMBROS (ES, LT, PL, SI, SK)

Intervención estatal leve a través de servicios: 3 MS (IE, LU, MT)

Fuerte intervención del Estado a través de prestaciones económicas: 4 MS (AT, CZ, DE, IT)

Fuerte intervención del Estado a través de los servicios: 3 MS (BE, FR, FI)

Intervención estatal muy fuerte a través de los servicios: 3 MS (DK, NL, SE)

Fuentes: Elaboración ESPN a partir de Spasova et al. (2018); Spasova y Ward (2019); base de datos MISSOC..

4.2.4 Financiación

En comparación con todas las dimensiones analizadas hasta ahora (organización, prestación, criterios de elegibilidad, etc.), la fuente de financiación pública de los cuidados de larga duración es la única dimensión que no parece asociarse a los seis modelos. Como muestra la Tabla 6, cada modelo incluye países que adoptan diferentes fuentes de financiación. En otras palabras, la elección de cómo financiar los sistemas públicos de cuidados de larga duración parece casi independiente de la elección de cuánto gastar y en qué tipo de prestación. Como ya se ha dicho, la fuente de financiación parece depender en gran medida del tipo de regulación institucional general adoptada por los países en relación con la protección social y, en particular, con la asistencia sanitaria.

El papel del gasto directo en cuidados de larga duración en cada grupo se corresponde más con las diferencias entre modelos que la fuente de financiación. Salvo algunas excepciones (EE, MT, PT), los modelos que no proporcionan ninguna ayuda o una ayuda limitada a las personas con necesidades de cuidados de larga duración suelen implicar también un gasto de bolsillo bajo. Al mismo tiempo, el modelo con una intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios, gracias a altos niveles de inversión pública, también requiere niveles muy bajos de contribución de los hogares a la financiación de los cuidados de larga duración. niveles de contribución de los hogares a la financiación de los cuidados de larga duración.

Tabla 6: Las características de la tipología de clúster de modelos públicos de cuidados de larga duración: financiación (valores medios de cada clúster) (2019)

	Países que financian los cuidados de larga duración a través de impuestos*.	Países que financian los cuidados de larga duración mediante una combinación de impuestos y cotizaciones*.	Países que financian los cuidados de larga duración mediante cotizaciones sociales*.	Cuidados de larga duración pagados por los hogares (Sanidad) como porcentaje del gasto público en cuidados de larga duración
Intervención estatal limitada	55.6	33.3	11.1	18.2 (1.2)**
Leve intervención del Estado mediante prestaciones económicas	20.0	80.0	0.0	5.1
Leve intervención del Estado a través de los servicios	33.3	33.3	33.3	27.0 (12.9)***
Fuerte intervención del Estado mediante prestaciones económicas	50.0	25.0	25.0	16.1
Fuerte intervención del Estado a través de los servicios	33.3	33.3	33.3	12.1
Intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios	66.7	0.0	33.3	5.9

* Como porcentaje de países pertenecientes al mismo modelo (%).

** Valor excluyendo Estonia, y Portugal.

*** Valor excluida Malta.

Intervención estatal limitada: 9 EM (BG, CY, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO)

Intervención estatal leve a través de prestaciones económicas: 5 EM (ES, LT, PL, SI, SK)

Intervención estatal leve a través de servicios: 3 MS (IE, LU, MT)

Fuerte intervención del Estado a través de prestaciones económicas: 4 MS (AT, CZ, DE, IT)

Fuerte intervención del Estado a través de los servicios: 3 MS (BE, FR, FI)

Intervención estatal muy fuerte a través de los servicios: 3 MS (DK, NL, SE)

Fuente: Elaboración ESPN a partir de datos de la Comisión Europea, Comité de Política Económica; Spasova et al. (2018); Spasova y Ward (2019); base de datos MISSOC; base de datos Eurostat (indicador: HLTH_SHA11_HCHF).

5 Modelos públicos de cuidados de larga duración, cobertura de las necesidades y protección contra el riesgo de pobreza y exclusión social

Este informe ha proporcionado un mapa y una agrupación de los cuidados públicos de larga duración en la UE. En la última sección también se ha analizado la interacción entre la dimensión de la asequibilidad y los diferentes modelos de protección social de los cuidados de larga duración. Este último aspecto requerirá nuevos análisis en el futuro (véanse las Conclusiones). Al mismo tiempo, en esta sección la cuestión de la asequibilidad y la cobertura puede evaluarse desde dos perspectivas diferentes: en primer lugar, cuántas personas con necesidades de cuidados están realmente cubiertas, ya sea mediante prestaciones en especie o prestaciones en metálico; en segundo lugar, cuántas personas con graves necesidades de cuidados corren el riesgo de caer en la pobreza o la exclusión social³. En relación con esta última cuestión, se han utilizado dos elementos: el porcentaje de personas mayores de 65 años con limitaciones graves de la actividad que corren el riesgo de caer en la pobreza o la exclusión social; la diferencia porcentual entre las personas mayores de 65 años con limitaciones graves de la actividad que corren este riesgo en comparación con las que corren este riesgo pero no tienen limitaciones de la actividad.

La Tabla 7 muestra cómo se comportan los seis modelos en relación con las dos dimensiones.

El modelo de *intervención estatal limitada* es el que presenta los peores resultados para las personas mayores: proporciona la tasa de cobertura más baja, tiene una proporción muy elevada de personas mayores con limitación grave de la actividad que están en riesgo de pobreza y exclusión social. Además, tener una limitación grave de la actividad, en comparación con no tenerla, aumenta considerablemente el riesgo de ser pobre o estar excluido socialmente.

El modelo basado en *la intervención leve del Estado a través de prestaciones económicas* ofrece una mayor cobertura de beneficiarios potenciales que el modelo anterior, pero al mismo tiempo, ser una persona mayor con limitación grave de la actividad sigue siendo un fuerte predictor de pobreza o exclusión social en comparación con no tener limitación de la actividad.

Los *modelos de intervención leve del Estado a través de los servicios* y de *intervención fuerte del Estado a través de los servicios* proporcionan una elevada cobertura de los beneficiarios potenciales a través de los servicios y, en este último caso, también a través de las prestaciones económicas. Al mismo tiempo, contribuyen a reducir fuertemente el impacto de la limitación de la actividad sobre el riesgo de pobreza y exclusión social.

El modelo basado en una *fuerte intervención del Estado mediante prestaciones en metálico* cubre a una gran parte de los beneficiarios potenciales, más a menudo mediante transferencias en metálico que mediante servicios. Al mismo tiempo, produce resultados relativamente buenos en cuanto a la reducción del riesgo de que las personas con fuertes limitaciones de actividad sean pobres o estén excluidas socialmente. Este último resultado es muy interesante, ya que demuestra que los regímenes generosos de prestaciones en metálico desempeñan un papel no sólo en relación con la protección de las necesidades de cuidados, sino también para mantener los niveles de ingresos entre las personas mayores con discapacidades.

El modelo de intervención muy fuerte del Estado a través de servicios cubre prácticamente a todos los beneficiarios potenciales, y puede intervenir y prestar servicios también a personas con niveles medios-bajos de necesidades de cuidados de larga duración (como muestran los datos sobre la proporción de beneficiarios potenciales cubiertos por servicios en especie por encima del 100%). Al mismo tiempo, contribuye a reducir considerablemente el impacto de la limitación de la actividad sobre el riesgo de **pobreza y exclusión social**.

³ El presente informe no ha podido adoptar la misma metodología ni utilizar los datos facilitados en el reciente estudio de la OCDE sobre la eficacia de la protección social de los cuidados de larga duración en la vejez (Hashiguchi y Llena-Nozal, 2021), ya que aún falta información importante para algunos países de la UE (véanse las Conclusiones); el estudio de la OCDE sólo abarca 19 Estados miembros de la UE y para cuatro de ellos sólo se refiere a entidades subnacionales específicas (en AT, BE, EE, IT), que podrían no ser representativas de la prestación de cuidados de larga duración en todo el país (como en el caso de Italia).

Tabla 7: Características de la tipología de clústeres de modelos públicos de cuidados de larga duración: cobertura de necesidades y protección frente al riesgo de pobreza o exclusión social (valores medios de cada clúster) (2019)

	Porcentaje de beneficiarios potenciales cubiertos por servicios en especie (%)	Porcentaje de beneficiarios potenciales cubiertos por prestaciones en metálico (%)	Personas mayores de 65 años en riesgo de pobreza o exclusión social con limitación grave de la actividad (%)	Personas mayores de 65 años en riesgo de pobreza o exclusión social con limitación grave de la actividad y sin limitación de la actividad (%)
Intervención estatal limitada	33.0	12.4	41.7	15.4
Leve intervención del Estado mediante prestaciones económicas	49.3	66.2	28.5	12.0
Leve intervención del Estado a través de los servicios	76.5	1.4	25.3	7.9
Fuerte intervención del Estado mediante prestaciones económicas	43.7	71.2	21.9	6.5 (8.4)*
Fuerte intervención del Estado a través de los servicios	79.0	39.5	21.7	8.6
Intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios	155.0	39.8	19.3	7.7

* Los datos entre paréntesis excluyen a Austria.

Intervención estatal limitada: 9 EM (BG, CY, EE, EL, HR, HU, LV, PT, RO)

Intervención estatal leve a través de prestaciones económicas: 5 EM (ES, LT, PL, SI, SK)

Intervención estatal leve a través de servicios: 3 MS (IE, LU, MT)

Fuerte intervención del Estado a través de prestaciones económicas: 4 MS (AT, CZ, DE, IT)

Fuerte intervención del Estado a través de los servicios: 3 MS (BE, FR, FI)

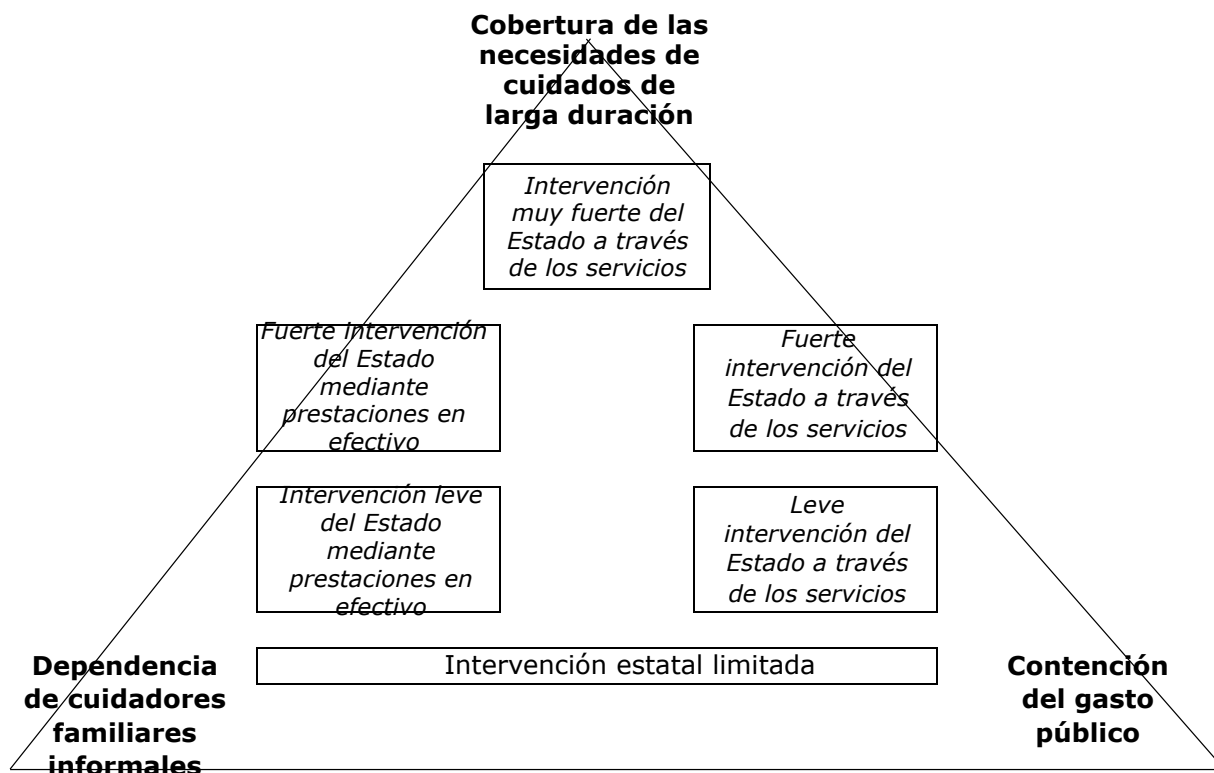
Intervención estatal muy fuerte a través de los servicios: 3 MS (DK, NL, SE)

Fuente: Elaboración ESPN a partir de datos de la Comisión Europea, Comité de Política Económica; base de datos Eurostat (indicador: HLTH_DPE010).

6 Conclusiones

El informe muestra que los países de la UE responden de forma diferente al trilema de los cuidados de larga duración descrito al principio de la sección 3. Del análisis se desprenden seis modelos principales de protección social pública de los cuidados de larga duración. Cada uno de ellos se centra predominantemente en una arista del trilema (véase el Gr 4). Por ejemplo, en el modelo basado en una intervención estatal limitada predominan las preocupaciones presupuestarias, pero también presenta la mayor proporción de personas mayores no cubiertas por ayudas públicas y que experimentan el mayor riesgo de pobreza y exclusión social debido a sus necesidades de cuidados. El modelo basado en una intervención muy fuerte del Estado a través de los servicios prioriza la cobertura de las necesidades, pero requiere una cantidad considerable de recursos, muy por encima del gasto medio de la UE en este ámbito político. El modelo basado en una fuerte intervención del Estado a través de prestaciones en metálico intenta encontrar un equilibrio entre gasto, cobertura y protección contra los riesgos de pobreza debidos a las necesidades de cuidados, pero tiene que depender en gran medida del apoyo informal a los cuidados, que no siempre está disponible (y podría no estarlo en el futuro); además, a menudo tiene un carácter sesgado en función del género, ya que son las mujeres las que soportan la carga de las necesidades de cuidados. las mujeres soportan gran parte de la carga de los cuidados.

Figura 4: La tipología de los modelos de cuidados de larga duración y el trilema de la cobertura de las necesidades, la dependencia de los cuidadores informales y la contención del gasto público



El informe muestra que tomar sólo unos pocos criterios para agrupar los sistemas de cuidados de larga duración puede ser útil. Si se consideran conjuntamente el gasto público en cuidados de larga duración y el papel de las prestaciones económicas dentro de dicho gasto, también se capta la distribución de una gran parte de las características institucionales y organizativas fundamentales de estos sistemas. La única característica principal que no encaja bien utilizando estas dos dimensiones como base para clasificar a los países es la cuestión de cómo se financian los servicios de cuidados de larga duración. Sin embargo, como se explica en el informe, la fuente de financiación de los cuidados de larga duración está muy influida por la configuración institucional general de la financiación de la protección social en cada país.

Una última nota se refiere a la disponibilidad de datos. En los últimos años, la información disponible sobre la regulación y la cobertura de los cuidados públicos de larga duración en la UE ha aumentado y mejorado considerablemente. El análisis presentado en este informe refleja esta evolución. Teniendo en cuenta el trabajo anteriormente citado de la OCDE (2021), los esfuerzos futuros para mejorar la recopilación de datos e información deberían avanzar al menos en dos direcciones. En primer lugar, la información sobre los servicios en especie de cuidados de larga duración actualmente sólo muestra las tasas de cobertura (cuántas personas se benefician de ellos), pero no existen datos sobre la intensidad de la cobertura, especialmente en lo que respecta a los cuidados a domicilio. Esta información sería esencial para evaluar hasta qué punto una estrategia de "envejecimiento en el lugar" (basada en la prestación de servicios de atención domiciliaria a las personas mayores) funciona sin depender demasiado del trabajo informal de cuidados. En segundo lugar, debería mejorarse la información sobre el gasto directo en cuidados de larga duración. En la actualidad, prácticamente todos los Estados miembros disponen de datos sobre la parte sanitaria de este gasto. Por lo tanto, para evaluar mejor la carga económica que suponen los cuidados de larga duración para las personas y los hogares, sería muy recomendable redoblar los esfuerzos para recopilar sistemáticamente datos sobre el gasto de bolsillo en cuidados sociales de larga duración.

Referencias

- Alber, J. (1995), "A framework for the comparative study of social services", *Journal of European Social Policy*, 5(2): 131–49.
- Anderson, A. (2012), "Europe's care regimes and the role of migrant care workers within them", *Journal of Population Ageing*, 5(2): 135–46.
- Anttonen, A. and Sipilä, J. (1996), "European Social Care Services: is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, 6(2): 87–100.
- Ariaans, M., Linden, P. and Wendt, C. (2021), "Worlds of long-term care: A typology of OECD countries", *Health Policy*, 125(2021): 609–617.
- Bettio, F. and Plantenga, J. (2004), "Comparing Care Regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10(1): 85–113.
- Bettio, F. and Verashchagina, A. (2012), *Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Burau, V., Theobald, H. and Blank, R. (2007), *Governing home care: A cross-national comparison*, Cheltenham, UK, Northampton, MA: Edward Elgar Publishing.
- Cès, S. and Coster, S. (2019), *Mapping long-term care quality assurance practices in the EU*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
- Colombo, F. (2012), "Typology of public coverage for long-term care in OECD countries", in Costa-Font, J. and Courbage, C. (eds.), *Financing long-term care in Europe: institutions, markets and models*, London, S.L. UK: Palgrave Macmillan, p. 17–40.
- Da Roit, B. and Le Bihan, B. (2010), "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies", *The Milbank Quarterly*, 88(3): 286–309.
- Da Roit, B. and Weicht, B. (2013), "Migrant care work and care, migration and employment regimes: a fuzzy-set analysis", *Journal of European Social Policy*, 23(5): 469–86.
- Damiani, G., Farelli, V., Anselmi, A., Sicuro, L., Solipaca, A., Burgio, A. et al. (2011), "Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study", *BMC Health Services Research*, 11: 316–328.
- Di Rosa M., Kofahl C., McKee K., Bien B., Lamura G., Prouskas C., et al. (2011), "A typology of caregiving situations and service use in family carers of older people in six European countries", *GeroPsych*, 24(1): 5–18.
- European Commission and Social Protection Committee (2021), *2021 Long-term Care in Europe*, Brussels: European Commission.
- European Commission and Economic Policy Committee (2021), *The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*, Brussels: European Commission.
- Halásková, R., Bednár, P. and Halásková, M. (2017), "Forms of providing and financing long-term care in OECD countries", *Review of Economic Perspectives*, 17(2): 159–78.
- Hashiguchi, T. and Llena-Nozal, A. (2021), "The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?", *OECD Health Working Papers*, no. 117.

- Kautto, M. (2002), "Investing in Services in West European Welfare States", *Journal of European Social Policy*, 12(1): 53–65.
- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P. and Röhrling, G. (2010), *A typology of long-term care systems in Europe*, Brussels: ENEPRI.
- Leitner, S. (2003), "Varieties of Familialism: the Caring Function of the Family in Comparative Perspective", *European Societies*, 5(4): 353–75.
- Pavolini, E. and Ranci, C. (2008), "Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries", *Journal of European Social Policy*, n. 18(3): 246–259.
- Pfau-Effinger, B. (2014), "New policies for caring family members in European welfare states", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 32(1).
- Pommer, E., Woittiez, I. and Stevens, J. (2009), *Comparing care: the care of the elderly in ten EU-countries*, Amsterdam: Aksant Acad. Publ.
- Ranci, C. and Pavolini, E. (eds.) (2015), *Reforms in Long-term Care Policies in Europe*, New York: Springer.
- Ranci, C. and Pavolini, E. (2015), "Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe", *Journal of European Social Policy*, 25(3): 270–285.
- Rothgang, H. (2009) *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*, Berlin: Lit-Verl.
- Saraceno, C. and Keck, W. (2010), "Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?", *European Societies*, 12(5): 675–96.
- Simonazzi, A. (2008), "Care regimes and national employment models", *Cambridge Journal of Economics*, 33(2): 211–32.
- Spasova S. and Ward T. (2019), *Social protection expenditure and its financing in Europe, A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
- van Hooren, F. (2012), "Varieties of migrant care work: comparing patterns of migrant labour in social care", *Journal of European Social Policy*, 22(2): 133–47.

PONERSE EN CONTACTO CON LA UE

En persona

En toda la Unión Europea hay cientos de centros de información Europe Direct. Puede encontrar la dirección del centro más cercano en: https://europa.eu/european-union/contact_en

Por teléfono o correo electrónico

Europe Direct es un servicio que responde a sus preguntas sobre la Unión Europea. Puede ponerse en contacto con este servicio:

- por teléfono gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11 (algunos operadores pueden cobrar por estas llamadas),
- en el siguiente número estándar: +32 22999696 o
- por correo electrónico a través de: https://europa.eu/european-union/contact_en

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE LA UE

Online

La información sobre la Unión Europea en todas las lenguas oficiales de la UE está disponible en el sitio web Europa en: https://europa.eu/european-union/index_en

Publicaciones de la UE

Puede descargar o solicitar publicaciones de la UE gratuitas o a precio de coste en: <https://publications.europa.eu/en/publications>. Puede obtener varios ejemplares de las publicaciones gratuitas dirigiéndose a Europe Direct o a su centro de información local (véase https://europa.eu/european-union/contact_en).

Legislación de la UE y documentos afines

Para acceder a la información jurídica de la UE, incluida toda la legislación comunitaria desde 1952 en todas las versiones lingüísticas oficiales, visite EUR-Lex en: <http://eur-lex.europa.eu>

Datos abiertos de la UE

El Portal de Datos Abiertos de la UE (<http://data.europa.eu/euodp/en>) permite acceder a conjuntos de datos de la UE. Los datos pueden descargarse y reutilizarse gratuitamente, tanto con fines comerciales como no comerciales.

