

Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa

www.elsevier.es/redee



Artículo

¿Nueva fuente de negocio en la Ley de Dependencia? Análisis empírico e implicaciones del cuidado informal tras su cuasi implantación

Raúl del Pozo Rubio* y Francisco Escribano Sotos

Área de Finanzas, Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Centro de Investigación en Estudios Sociosanitarios (CESS), Facultad de Ciencias Sociales de Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, Avenida de los Alfares, 44, 16071 Cuenca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de febrero de 2012

Aceptado el 26 de junio de 2012

On-line el 7 de septiembre de 2012

Códigos JEL:

D11

D14

I18

J14

Palabras clave:

Cuidados de larga duración

Cuidadores

Cuidados domiciliarios de salud

Nichos de mercado

R E S U M E N

Esta investigación analiza la presencia y las implicaciones del cuidador informal en la Ley de Dependencia, así como los factores sociodemográficos y sociosanitarios asociados a que las personas dependientes puedan recibir dicho cuidado informal. Para ello se realiza un estudio transversal observacional a partir de una muestra representativa de la población baremada como dependiente en febrero de 2009, obteniéndose información de personas con grados II y III de dependencia. Se identifica el peso y el perfil del cuidador informal mediante tablas de contingencia. Se estima un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores asociados a la recepción de cuidado informal de las personas dependientes. Los resultados muestran que el cuidado informal ostenta un rol importante en la Ley de Dependencia, dado que el 80% de las personas dependientes recibe atención informal junto a la prestación de dependencia. La edad, el estado civil casado, el lugar de residencia, las variables de salud enfermedades del aparato circulatorio, musculoesqueléticas e insuficiencia respiratoria, y el tratamiento higiénico-dietético incrementan la probabilidad de recibir cuidado informal. La predilección inicial de la prestación de servicios sobre la económica queda desvirtuada en la realidad, reduciendo los potenciales nichos de mercado relativos a las prestaciones de servicios y su repercusión sobre el mercado laboral.

© 2012 AEDEM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Is Law of Dependence a new business opportunity? An empirical analysis and implications for the informal care after its quasi-implementation

A B S T R A C T

This research analyzes the presence and implications of informal care in the Law of Dependency, and socio-demographic and health factors associated to dependent people may receive informal care. A cross-section study has been conducted from a representative sample of the dependent population in Cuenca (Spain) in February, 2009. We have obtained information for people with level II and III of dependence. The weight and profile of informal caregiver is identified by contingency tables. A binary logit regression model has been estimated to identify those factors related to the reception of informal care. The results show informal care holds an important role in the Law of Dependency, since 80% of dependents receive informal care. Age, marital status, to live in rural area and cardiovascular, musculoskeletal and respiratory diseases, and hygienic-dietetic treatment increase the probability of receiving informal care. The initial preference for service delivery versus economic delivery is invalidated in reality, resulting in a reduction of potential niche markets on the supply of services.

© 2012 AEDEM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Una de las hipótesis sobre la que se cimenta la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), es dar respuesta a la progresiva

extinción del apoyo informal (Antares, 2010), principal proveedor de los cuidados precisados por aquellas personas que carecen de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Guillén Estany, Albarrán Lozano, Alcañiz Zanón, Ayuso Gutiérrez, Blay Berrueta y Monteverde Verdenelli, 2006).

El sistema tradicional español se ha correspondido con un «modelo de protección asistencial vinculado a estados de necesidad» (Escribano Sotos y Pardo García, 2006), dirigido a personas sin recursos y financiado mediante impuestos, aunque con

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raul.delpozo@uclm.es (R. del Pozo Rubio).

una cobertura limitada. El modelo, denominado «mediterráneo» (España e Italia) (Díaz, Ladró y Zozaya, 2009), se caracteriza, frente al resto de modelos internacionales de atención a la dependencia, por un peso elevado del cuidador informal con una remuneración exigua o nula, reducida protección social del cuidador y apoyo formal a domicilio, y predominio de la prestación monetaria.

Este cuidado informal, dispensado de manera altruista (Rodríguez Rodríguez, 2004), demanda una importante dedicación temporal, que puede oscilar entre las 7,81 y las 36 h semanales (Boaz, 1996; Liu, Manton y Aragon, 2000; Bolin, Lindgren y Lundborg, 2008) dependiendo del país y la situación sociosanitaria de la persona dependiente. En España, el 35,18% de las personas discapacitadas según determinadas enfermedades (Oliva Moreno y Osuna Guerrero, 2009) reciben una atención informal superior a las 60 h semanales, porcentaje que se eleva hasta el 64,12% cuando la discapacidad es debida a la enfermedad de demencia. Atendiendo al criterio de definición de personas dependientes (Oliva Moreno, Vilaplana y Osuna Guerrero, 2011), el número de horas diarias de atención asciende a 8,79, 11,31 y 12,41 para personas con dependencia moderada, severa y gran dependencia, respectivamente, aunque este número de horas se reduce en el ámbito rural disperso y envejecido (Moya Martínez et al., 2009a) hasta las 6,9 h semanales para la dependencia leve y las 29,80 h para la gran dependencia; si la dependencia en este ámbito se debe solo a la enfermedad de demencia (Moya Martínez, Escribano Sotos, Pardo García, Solera, Sánchez López y Martínez Vizcaíno, 2009b), las horas de atención se reducen, respectivamente, hasta 6,92 y 12,69 h semanales para la dependencia leve y la gran dependencia. Considerando una muestra de personas dependientes de la provincia de Cuenca, la media de horas anuales de cuidados para las personas sin enfermedad ascienden a 3.053,75, mientras que cuando se incluyen personas con enfermedad, el número de horas asciende hasta 3.304,91 (Escribano Sotos, Pardo García y Moya Martínez, 2012).

La mujer es la principal figura de cuidador informal tradicional (60% de cuidadores de personas mayores, 75% de los cuidadores de personas con discapacidad y 92% de los cuidadores de las personas que precisan atención en los hogares) (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004); una mujer en su mayoría sin apenas formación educativa, desempleada y de bajo nivel socioeconómico (García-Calvente et al., 2004; IMSERSO, 2005; Díaz et al., 2009; Rogero García, 2009; Antares, 2010), con un notable deterioro de

su salud (García Gómez, Jiménez-Martín, Oliva y Vilaplana Prieto, 2011), en especial en el aspecto mental (Pérez Peñaranda, García Ortiz, Rodríguez Sánchez, Losada Baltar, Porras Santos y Gómez Marcos, 2009). Su incorporación al mercado de trabajo (Antares, 2010), unida a los cambios surgidos en las estructuras familiares, tales como la disminución en el tamaño de los hogares, el aumento de las tasas de divorcio, la reducción de las tasas de matrimonio, el aumento de hogares unipersonales o los patrones de migración rural-urbana e internacional (Mestheneos y Triantafyllou, 2005), suscitan una revisión necesaria del modelo tradicional de atención a la dependencia de España, modificando la orientación en la naturaleza de dicha atención.

En este sentido, la LAPAD define una serie de prestaciones de dependencia, distinguiendo prestaciones económicas y de servicios, confiriéndoles a estas un carácter preferente sobre aquellas. Esta parcialidad de elección de prestaciones sugiere de manera intrínseca la necesidad de participación del sector privado en la aplicación de la Ley, dadas las estimaciones de personas dependientes, el coste de atención a la dependencia y la inversión del PIB necesarias para atender la demanda generada (Comas-Herrera, Wittenberg, Costa-Font, Gori, Di Maio, Patxot et al., 2006; Escribano Sotos et al., 2012; Alonso Albarrán, 2009).

Dentro de las prestaciones económicas se distinguen 3 modalidades (art. 20, 21 y 22 LAPAD): vinculada al servicio; para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, y de asistencia personal. La segunda prestación es la que el legislador ha diseñado para reconocer formalmente al cuidador informal existente/excedentario. Dado que un elevado porcentaje de cuidadores informales son personas sin cualificación profesional (García-Calvente et al., 2004; IMSERSO, 2005; Díaz et al., 2009; Rogero García, 2009; Antares, 2010), para proteger sus intereses y su situación sociolaboral se establecen el Real Decreto 615/2007 y la Orden TAS/2632/2007, por los que se regulan la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia y su convenio especial, respectivamente.

El peso que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales tenga sobre el resto de prestaciones económicas y el total de prestaciones de dependencia puede servir de referencia para atisbar la presencia del cuidado informal en la Ley. Estos pesos se muestran en la figura 1, elaborada a partir de la información publicada por el Servicio de Estadísticas

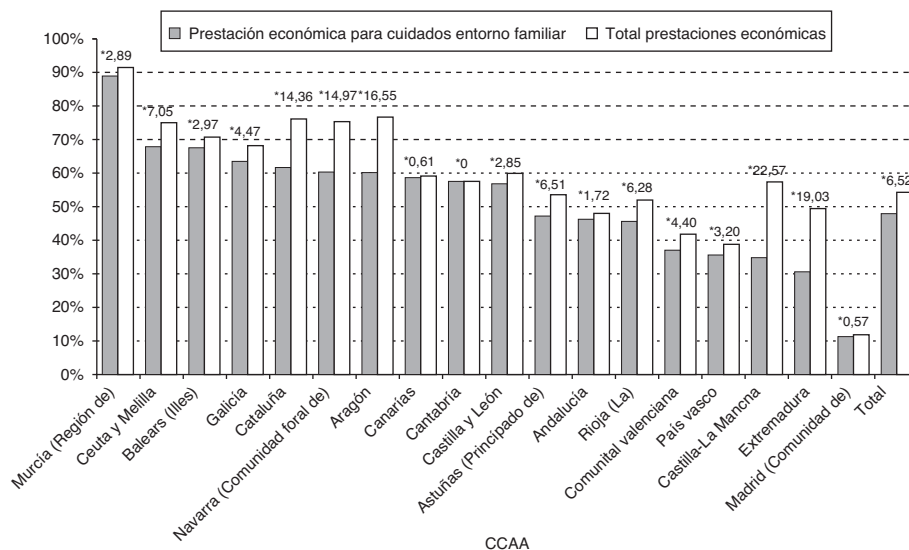


Figura 1. Vector medio de porcentaje de modalidades de prestaciones de dependencia según tipo por comunidades autónomas (julio 2008-julio 2010). *Diferencia porcentual entre el porcentaje total de prestación económica y el porcentaje de prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SAAD-IMSERSO (IMSERSO, 2012).

de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del SAAD-IMSERSO (IMSERSO, 2012); de ella se puede concluir que el apoyo informal presenta un peso específico destacado en la aplicación de la LAPAD, en contra de la preferencia de asignación de prestaciones de servicios y de la extinción del cuidador informal.

Los objetivos del trabajo son: a) examinar el peso del cuidado informal en la puesta en funcionamiento de la LAPAD; b) describir su perfil, y c) analizar la asociación de los factores sociodemográficos y de salud de las personas dependientes a que estas puedan recibir cuidado informal.

Estos objetivos permiten obtener información sobre la puesta en marcha de la LAPAD, en lo referente a la existencia de cuidados informales dentro de la misma y su impacto sobre la existencia y el desarrollo de potenciales nichos de mercado para el tejido empresarial del sector de dependencia: en concreto, la incidencia sobre el mercado laboral y la creación de empleo para atender las diversas necesidades de las personas dependientes. En este sentido, permite que una vez conocidos los factores asociados a la disposición de apoyo informal, y dadas las características de la población dependiente, la oferta de prestaciones de dependencia se pueda ajustar a sus necesidades (Vilaplana Prieto, 2009).

Metodología

Diseño de la muestra

El diseño del trabajo corresponde a un estudio observacional transversal de la población dependiente de la provincia de Cuenca. Los datos se recogieron en la Delegación de Salud y Bienestar Social de Cuenca entre el 5 de febrero y el 20 de mayo de 2009, siendo la última actualización de la información de fecha 4 de febrero de 2009. En ese momento había en la provincia de Cuenca un total de 8.185 solicitudes registradas. De estas se habían baremado (es decir, se les había reconocido grado y nivel) un total de 6.311. Y de estas 6.311 personas baremadas se había asignado prestación a 1.900 personas. Aplicando muestreo aleatorio simple se ha obtenido una muestra representativa formada por 690 individuos que tienen otorgada prestación de dependencia. Este dato se ha calculado teniendo en cuenta la proporción esperada de personas dependientes que tenían asignada la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (según las estadísticas publicadas por el Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del SAAD-IMSERSO (IMSERSO, 2012), a 1 de febrero de 2009 el porcentaje de personas dependientes con derecho a prestación que tenían asignada una prestación económica para cuidados en el entorno familiar y atención a cuidadores no profesionales en España era del 25,79%, y en Castilla-La Mancha, del 26,76%), con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2,5%.

Variables y análisis descriptivo

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, el análisis estadístico se divide en 2 partes. La primera está dedicada a estudiar la existencia de cuidadores informales en la aplicación de la LAPAD, así como su perfil, en función de la información disponible; para ello se elaboran distintas tablas de contingencia. La segunda parte examina la asociación de las características sociodemográficas y de salud de las personas dependientes relacionadas con la recepción de apoyo informal. Para ello se ha especificado un modelo de regresión logística binaria (Greene, 1997) en el que la variable a explicar recoge si la persona dependiente dispone de apoyo informal ($Y_i = 1$ si recibe cuidado informal; $Y_i = 0$ si no lo recibe, $i = 1, \dots, n$, siendo n el número de individuos en la muestra) tras haberle sido asignada una prestación de dependencia. Las variables indepen-

dientes incluidas en este trabajo son de 2 tipos. En primer lugar se han considerado características sociodemográficas del receptor, como el sexo (hombre-mujer), la edad categorizada (edad inferior a 65 años, 65-74 años, 75-84 años, 85-94 años y más de 95 años), el estado civil (casado, soltero o viudo), las rentas anuales del trabajo (que en la mayoría de los casos se limitan a la pensión de jubilación, diferenciando 2 categorías: rentas inferiores a 9.500 € y rentas iguales o superiores a 9.500 €) y el lugar de residencia de la persona antes de recibir la prestación de dependencia (zona urbana si reside en Cuenca, y zona rural si reside en otro municipio).

En segundo lugar se han considerado características de salud del individuo, referidas al padecimiento o no de enfermedades tales como insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, diabetes, y grupos de enfermedades del aparato circulatorio, neurológicas o musculoesqueléticas. También se incluye el tipo de tratamiento a seguir según prescripción médica (farmacológico, higiénico-dietético, psicoterapéutico y rehabilitador) y el grado de dependencia que la Administración ha reconocido a la persona. Respecto a esta última variable cabe señalar que la asignación de prestaciones para la dependencia moderada (grado I) está prevista por la Ley para los años 2012-2015, por lo que no ha sido considerada en el análisis.

Resultados

La [tabla 1](#) recoge algunos descriptivos básicos para el total de la muestra y para las 2 submuestras: las personas que reciben cuidado informal y las personas que no lo reciben tras la puesta en funcionamiento de la LAPAD, respectivamente. Como se puede observar, del total de personas incluidas en la muestra, la distribución de cuidado informal es 80-20, es decir, el 80,0% reciben apoyo informal además de la prestación de dependencia, mientras que el 20,0% reciben únicamente la prestación de dependencia; el 63,2% son mujeres y el 36,8% hombres; el 12,6% son menores de 65 años y el 87,4% tienen 65 años o más. Respecto al estado civil, el 41,4% son personas casadas y el 43,0% son personas viudas. Para la variable renta, los valores más frecuentes en la distribución son los asociados a las pensiones mínimas del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. El 19,0% de las personas viven en zona urbana, y el resto en zonas rurales. Respecto a las enfermedades padecidas, las enfermedades neurológicas son las más frecuentes (un 64,9% de la muestra), seguidas de las enfermedades de corazón/aparato circulatorio (63,5%). La necesidad de seguir tratamiento farmacológico se da en el 91,0% de los casos, seguida de la prescripción de tratamientos higiénico-dietéticos (48,0%). Finalmente, el 16,5% de las personas han sido baremadas con grado II, ascendiendo al 83,5% las personas baremadas como grandes dependientes (grado III).

Asimismo, con el estadístico chi cuadrado se puede observar la existencia de diferencias significativas entre el grupo de personas dependientes que reciben cuidado informal y el grupo que no lo recibe, destacando las variables sexo, edad superior a 95 años, estado civil, rentas anuales percibidas y lugar de residencia, así como las enfermedades neurológicas y del aparato circulatorio, y los tratamientos médicos a seguir, excepto el higiénico-dietético.

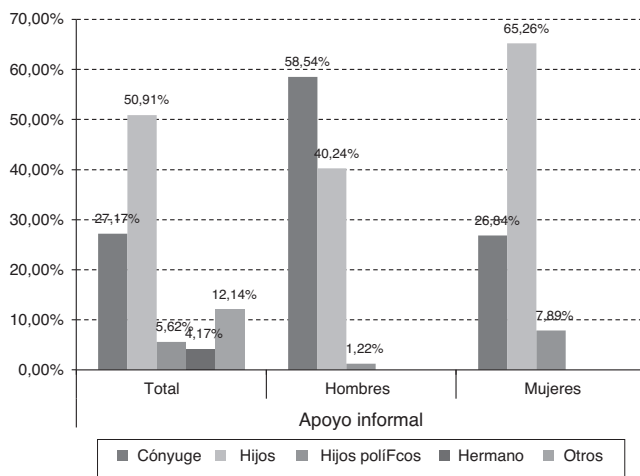
Las [figuras 2 y 3](#) recogen un resumen de los principales resultados de las tablas de contingencia elaboradas. Según muestra la [figura 2](#), del total de personas dependientes que reciben apoyo informal además de la prestación de dependencia (552 personas), el 87,86% tienen una relación familiar directa con el cuidador informal; en concreto, casi 8 de cada 10 cuidadores son cónyuge o hijo/a de la persona dependiente (78,08%). La figura principal de cuidador informal es una mujer (82,25% de cuidadores con sexo conocido), siendo enfatizado de nuevo el rol de esposa e hija (ambas suman el 92,11% de las cuidadoras). Todos los cuidadores informales

Tabla 1

Análisis descriptivo de la muestra de personas dependientes baremadas en la provincia de Cuenca

Variable	Muestra total n = 690		Recibe cuidado informal n = 552 (80,0%)		No recibe cuidado informal n = 138 (20,0%)		Estadístico chi cuadrado Significación
	n	%	n	%	n	%	
Sexo: Varón	254	36,8	217	39,3	37	26,8	0,006 ^a
Sexo: Mujer	436	63,2	335	60,7	101	73,2	0,006 ^a
Edad < 65	87	12,6	75	13,6	12	8,7	0,122
Edad 65-74	83	12,0	70	12,7	13	9,4	0,937
Edad 75-84	252	36,5	202	36,6	50	36,2	0,292
Edad 85-94	235	34,1	186	33,7	49	35,5	0,688
Edad ≥ 95	33	4,8	19	3,4	14	10,1	0,001 ^a
Casado	286	41,4	258	46,7	28	20,3	0,000 ^a
Soltero ^d	107	15,5	78	14,1	29	21,0	0,046 ^b
Viudo	297	43,0	216	39,1	81	58,7	0,000 ^a
Rentas < 9.500 €	529	76,7	415	75,2	114	82,6	0,065 ^c
Rentas ≥ 9.500 €	161	23,3	137	24,8	24	17,4	0,065 ^c
Rural (localidad)	559	81,0	461	83,5	98	71,0	0,001 ^a
Urbana (localidad)	131	19,0	91	16,5	40	29,0	0,001 ^a
Neurológicas ^e	448	64,9	345	62,5	103	74,6	0,008 ^a
Corazón/Aparato circulatorio ^f	438	63,5	360	65,2	78	56,5	0,058 ^c
Musculoesqueléticas ^g	293	42,5	239	43,3	54	39,1	0,376
Diabetes	162	23,5	132	23,9	30	21,7	0,590
Insuficiencia renal	49	7,1	40	7,2	9	6,5	0,767
Insuficiencia respiratoria	20	2,9	18	3,3	2	1,4	0,257
Tratamiento farmacológico	628	91,0	496	89,9	132	95,7	0,033 ^b
Tratamiento higiénico-dietético	331	48,0	264	47,8	67	48,6	0,879
Tratamiento psicoterapéutico	145	21,0	95	17,2	50	36,2	0,000 ^a
Tratamiento rehabilitador	162	23,5	107	19,4	55	39,9	0,000 ^a
Grado II	114	16,5	93	16,8	21	15,2	0,645
Grado III	576	83,5	459	83,2	117	84,8	0,645

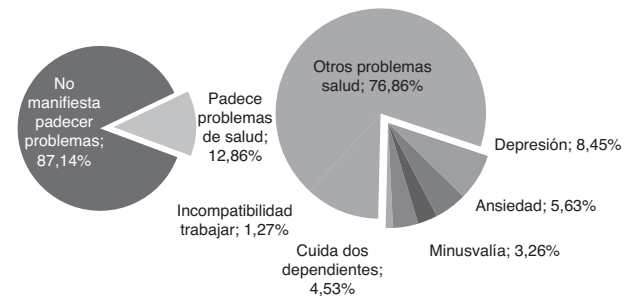
Fuente: Elaboración propia.

^a Indica significación al 1%.^b Indica significación al 5%.^c Indica significación al 10%.^d Incluye 2 personas cuyo estado civil es separado, y una de estado civil divorciada.^e Recoge las siguientes enfermedades: enfermedad de Alzheimer, otra demencia distinta del Alzheimer, lesión cerebral traumática, hemiplejía/hemiparesia, esclerosis múltiple, parkinsonismo, epilepsia y otras enfermedades neurológicas.^f Recoge las siguientes enfermedades: accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad arterial coronaria, hipertensión, arritmias cardíacas, enfermedad vascular periférica arterial y otras enfermedades del corazón/aparato circulatorio.^g Recoge las siguientes enfermedades: artritis, artrosis, fractura de cadera, otras fracturas, osteoporosis y otras enfermedades musculoesqueléticas.**Figura 2.** Distribución del cuidado informal según sexo y relación del cuidador con la persona dependiente.

Fuente: Elaboración propia.

manifiestan prestar una dedicación a la persona dependiente a tiempo completo (frente a las opciones de dedicación a tiempo parcial y a tiempo medio).

Respecto a la salud del cuidador, según muestra la [figura 3](#), el 12,86% de los cuidadores manifiestan padecer problemas de salud, de los que el 8,45% sufren depresión y el 5,63% sufren trastornos de

**Figura 3.** Estado de salud del cuidador derivado del cuidado informal.

Fuente: Elaboración propia.

ansiedad. Asimismo, el 3,26% presentan minusvalía o son reconocidos como dependientes, mientras que el 4,53% cuidan a 2 personas dependientes simultáneamente (normalmente padres). Por último, el 1,27% de los cuidadores afirman incompatibilidad de compaginar un trabajo con la atención que prestan, por lo que no pueden acceder al mercado laboral o han tenido que abandonar su trabajo.

La estimación del modelo de regresión logística especificado, en el que la variable explicada recoge si la persona dependiente recibe cuidado informal o no lo recibe, además de la prestación de dependencia, se muestra en la [tabla 2](#). Como se puede observar, un total de 14 parámetros han resultado estadísticamente significativos en la estimación por máxima verosimilitud, incluyendo la constante del modelo: 8 a un nivel de significación del 1%, 5 al

Tabla 2

Modelo de regresión logística: factores sociodemográficos y de salud asociados a que las personas dependientes reciban cuidado informal

	B	Intervalo de confianza		Sig.	Odds ratio	Intervalo de confianza	
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
<i>Sexo</i>	0,142	-0,363	0,648	0,581	1,153	0,695	1,911
<i>Edad < 65</i>					1		
Edad 65-74	-1,810	-2,908	-0,711	0,001 ^a	0,164	0,055	0,491
Edad 75-84	-2,222	-3,243	-1,200	0,000 ^a	0,108	0,039	0,301
Edad 85-94	-2,005	-3,069	-0,941	0,000 ^a	0,135	0,046	0,390
Edad > 95	-3,151	-4,487	-1,815	0,000 ^a	0,043	0,011	0,163
<i>Estado civil viudo</i>					1		
Estado civil casado	1,116	0,530	1,702	0,000 ^a	3,054	1,670	5,488
Estado civil soltero	-0,572	-1,361	0,216	0,155	0,564	0,257	1,242
<i>Rentas < 9.500 €</i>					1		
Rentas ≥ 9.500 €	0,222	-0,352	0,796	0,449	1,248	0,703	2,216
Urbana	-0,935	-1,437	-0,433	0,000 ^a	0,393	0,238	0,649
Insuficiencia renal	0,208	-0,633	1,049	0,629	1,231	0,531	2,854
Insuficiencia respiratoria	1,408	-0,196	3,012	0,085 ^c	4,087	0,822	20,321
Diabetes	-0,103	-0,635	0,430	0,705	0,902	0,530	1,537
Aparato circulatorio	0,496	0,020	0,971	0,041 ^b	1,641	1,020	2,641
Neurológicas	-0,379	-0,857	0,098	0,119	0,684	0,424	1,103
Musculoesqueléticas	0,573	0,115	1,031	0,014 ^b	1,774	1,122	2,806
Tratamiento farmacológico	-1,031	-1,952	-0,110	0,028 ^b	0,357	0,142	0,896
Tratamiento higiénico-dietético	0,603	0,091	1,115	0,021 ^b	1,827	1,095	3,048
Tratamiento psicoterapéutico	-0,721	-1,347	-0,095	0,024 ^b	0,486	0,256	0,909
Tratamiento rehabilitador	-1,087	-1,727	-0,447	0,001 ^a	0,337	0,178	0,640
Constante	3,949	2,459	5,438	0,000 ^a	–	–	–

Fuente: Elaboración propia.

N = 690; Chi cuadrado: 122,755 (p = 0,000); 2log-verosimilitud: 567,800; R² de Nagelkerke: 0,258; R² ajustado de McFadden: 0,117; Intervalo de confianza del 95%.^a Indica significación al 1%.^b Indica significación al 5%.^c Indica significación al 10%.

5% y uno al 10%. Destacan en el nivel de significación del 1% los parámetros asociados a las variables que recogen los diferentes intervalos de edad de los individuos, el estado civil casado, el residir en zona urbana y el recibir tratamiento rehabilitador. La aparición de enfermedades relacionadas con el corazón/aparato circulatorio y las musculoesqueléticas, junto a la necesidad de seguir tratamiento farmacológico, higiénico-dietético o psicoterapéutico, son significativas al 5%. Finalmente, padecer insuficiencia respiratoria ha resultado significativa al 10%.

El modelo ha resultado estadísticamente significativo a nivel global: tanto el R cuadrado de Nagelkerke como de McFadden indican un aceptable ajuste global o ajuste bueno del modelo, corroborado por el área bajo la curva ROC de 0,7856.

Respecto a las variables sociodemográficas, la edad aparece como un factor protector del cuidado informal, según su odds-ratio, de manera que conforme esta aumenta, la probabilidad de recibir apoyo informal se reduce. En el caso del estado civil, la probabilidad de disponer de cuidado informal para una persona casada es 3 veces la de la categoría de referencia (ser viudo), mientras que se reduce para las personas solteras, cuya probabilidad de recibir apoyo informal frente a una persona viuda es de la mitad. Residir en una zona urbana también reduce la probabilidad de disponer de este cuidado, frente a residir en el ámbito rural.

Las variables sexo y rentas no han resultado estadísticamente significativas en el análisis. Pese a ello, la interpretación de los odds-ratio pone de manifiesto que ser hombre (frente a ser mujer) y poseer rentas superiores a 9.500 € (tomando como referencia rentas inferiores o iguales a 9.500 €) aumentan la probabilidad de recibir apoyo informal.

Entre las variables de salud, padecer una enfermedad cardiovascular o musculoesquelética, o sufrir insuficiencia respiratoria, implica un aumento de la probabilidad de recibir apoyo informal en 1,64, 1,77 y 4 veces, respectivamente, de una persona que no las padece. En cuanto a los tratamientos recomendados según prescripción médica, seguir únicamente un tratamiento

higiénico-dietético incrementa la probabilidad de recibir apoyo informal (una persona con este tratamiento tiene casi el doble de probabilidad de recibir apoyo informal frente a una persona que no tiene que seguirlo), mientras que seguir el resto de tratamientos reduce la probabilidad de disponer de apoyo informal frente a no tener que seguirlos.

Conclusiones y discusión

Este trabajo aporta información sobre el peso específico del cuidador informal tras la puesta en funcionamiento de la LAPAD. Se observa que el apoyo informal presenta un papel importante de cuidado para las personas dependientes, completando y complementando las prestaciones de dependencia asignadas. Asimismo, refuerza la hipótesis de que el cuidado informal condiciona la prestación de dependencia asignada, en el sentido de que cuando este existe, aumenta la probabilidad de que la prestación asignada sea económica (Del Pozo Rubio, Escribano Sotos y Moya Martínez, 2011). El perfil de cuidador informal en la LAPAD es similar al cuidador informal tradicional (García-Calvente et al., 2004; IMSERSO, 2005; Díaz et al., 2009; Rogero García, 2009; Antares, 2010; García Gómez et al., 2011), siendo la mujer principal figura de cuidador (cónyuge e hija), con una dedicación exclusiva e incluso padeciendo problemas de salud derivados de dicha atención (Pinquart y Sörensen, 2006; Pérez Peñaranda et al., 2009).

El estado civil soltero, al contrario que el estado civil casado, y residir en una zona urbana reducen la probabilidad de disponer de cuidado informal. El cónyuge es potencial cuidador informal en los matrimonios, tal y como muestran los resultados de este trabajo, mientras que las personas solteras carecen de la posibilidad de tener como cuidadores informales a los hijos (Gaugler, Duval, Anderson y Kane, 2007; Jiménez Martín y Vilaplana Prieto, 2008; Ayuso Gutiérrez, del Pozo Rubio y Escribano Sotos, 2010). En el ámbito de residencia, las personas con domicilio en el ámbito

rural son más reticentes a abandonar su domicilio que una persona residente en el ámbito urbano (Antares, 2010). Ello puede ser debido a la mayor disposición de cuidadores informales existentes en el ámbito rural (amigos, vecinos...) que en las zonas urbanas, aunque esta característica intrínseca del ámbito rural ha sido recientemente rebatida (Jiménez Martín y Vilaplana Prieto, 2008).

Respecto a la edad, el aumento de esta sugiere el abandono del hogar para trasladarse a vivir a una institución con atención profesional y especializada, ya sea porque no existe apoyo informal o porque este es insuficiente para atender las necesidades de la persona dependiente (Gaugler et al., 2007; Ayuso Gutiérrez et al., 2010; Luppá, Luck, Weyerer, König, Brähler y Riedel-Heller, 2010), ya que tanto el cuidador informal como la persona dependiente ven incrementada la probabilidad de padecer enfermedades conforme aumenta la edad.

La variable sexo implica que las mujeres disponen de menor cuidado informal, debido a la mayor esperanza de vida al nacer frente a la de los hombres, lo que pondera una menor probabilidad de tener una pareja que las cuide, y a las desigualdades en salud según el sexo (Jiménez Martín y Vilaplana Prieto, 2008; Ayuso Gutiérrez et al., 2010; Vilaplana Prieto, 2009). En el caso de las rentas, la percepción de un mayor nivel de renta reduce la probabilidad de abandono del domicilio habitual (Himes, Wagner, Wolf, Aykan y Dougherty, 2000) al poder autofinanciar la contratación de ayuda privada (Gaugler et al., 2007; Jiménez Martín y Vilaplana Prieto, 2008) complementada con cuidado informal (Roger García, 2009).

Respecto a los tratamientos recomendados según prescripción médica, solo el tratamiento higiénico dietético incrementa la probabilidad de disponer de cuidado informal (Ayuso Gutiérrez et al., 2010), mientras que el resto de tratamientos suponen la reducción en la probabilidad de poseer dicha atención: ello es debido a que no es necesaria una elevada formación del cuidador en dicho tratamiento (Del Pozo Rubio et al., 2011), mientras que sí lo es en el resto de tratamientos.

La importancia de examinar este tipo de relaciones radica en el valor que la situación económico-familiar y sociosanitaria de la persona dependiente adquiere en la asignación de la prestación de dependencia, recogida en el plan individualizado de atención (PIA) (López Casanovas y Del Pozo Rubio, 2010). Este dictamen se realiza en base a los informes médico y social de la persona dependiente, así como el confeccionado por el equipo de valoración.

El diseño original de la Ley otorgaba a la prestación de servicios una notable primacía, cuya repercusión inmediata suponía la necesaria dotación de infraestructuras para satisfacer las necesidades de las personas dependientes. Esta previsión original, incluida en el Libro Blanco de Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005), estimaba en cuanto a impacto laboral, en 2010, la creación de 260.000 empleos directos más 190.000 inducidos, produciéndose la migración de 115.000 trabajadores desde cuidados familiares. Sosvilla Rivero (2008) revisa a la baja estas previsiones de incidencia laboral, reduciendo en un tercio el empleo estimado. Recientemente, Gómez, Hernández, Martín y Sosvilla-Rivero (2012) aminoran de nuevo las previsiones del Libro Blanco, estimando una creación de empleo en 2010 en 154.523 empleos, con una media de creación de empleo anual de 137.086 puestos de trabajo durante el periodo 2007–2011. Escribano Sotos y Pardo García (2012) analizan las características asociadas de las empresas generadoras de este empleo en el sector sociosanitario, destacando el tamaño de la empresa (con más de 20 trabajadores) y la naturaleza de la misma en cuanto al objetivo empresarial, siendo relevante el empleo generado por asociaciones, organizaciones autonómicas e instituciones sin ánimo de lucro.

En cuanto a la recaudación fiscal, el Libro Blanco preveía un retorno fiscal vía impuestos más cotizaciones sociales de 2.000 millones de euros; de nuevo, Sosvilla Rivero (2008) revisa a la baja dicha previsión, hasta dos tercios del coste aplicado en

dependencia. Gómez et al. (2012) reducen una vez más el retorno fiscal global al 27% del gasto empleado, como consecuencia de la aplicación real de la LAPAD, esto es, predominio de la prestación económica frente a la de servicios, y las dotaciones presupuestarias reales.

Es decir, según Sosvilla Rivero (2008), de aplicarse la LAPAD según su concepción original, por cada euro invertido se obtendrían 0,67 € de retorno fiscal vía impuestos y cotizaciones sociales, mientras que la aplicación real de la misma, con el predominio de la prestación económica, en especial de la diseñada para el cuidador informal, supone que por cada euro invertido se recuperen 0,27 €.

Se ha apuntado a la situación de recesión del ciclo económico como posible causa de predominio de la prestación económica, en la que esta se haya convertido en un sucedáneo de subsidio en respuesta a la actual coyuntura económica, especialmente para las mujeres, aunque no se ha podido concluir un patrón claro de comportamiento (López Casanovas y Del Pozo Rubio, 2010). Una explicación de esta utilización masiva de la prestación económica se puede encontrar en la atracción que representa tanto para la administración pública como para el usuario: para el ente público porque supone aproximadamente la mitad del coste del servicio de atención residencial (prestación de servicios más utilizada en la asignación de prestaciones, tras la prestación económica para el cuidado informal), y para el usuario por la ausencia del copago, entendido desde la óptica del desembolso (López Casanovas y Del Pozo Rubio, 2011).

Por tanto, la oferta inicial de prestaciones de dependencia parece haberse transformado en una oferta de prestaciones de 2 categorías: un catálogo de primer nivel, conformado por el binomio prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales-atención residencial; y una oferta de segundo nivel o residual, donde se incluyen el resto de prestaciones. Partiendo de este hecho, los potenciales nichos del mercado sociosanitario para la empresa privada y el mercado laboral se reducen a 2: cuidadores no profesionales y residencias. El primero ha sido henchido, como se observa en el presente trabajo, por el cuidador informal tradicional; y el segundo, dadas las necesidades de recursos para la dotación de infraestructuras como el elevado coste que supone tanto para el ente público como para el usuario, deja de ser atractivo para el sector privado.

Por último, las previsiones económicas futuras de España y de su entorno no invitan al optimismo. La fuerza y la magnitud de la situación de recesión económica y crisis financiera actual, donde la corrección del déficit público invita a la reducción de las principales partidas de gasto público, tanto a nivel estatal como autonómico, convierten al cuarto pilar del Estado del bienestar en objetivo potencial de intervención; de hecho, ya ha sido revisado y pospuesta su aplicación respecto al reconocimiento y baremación de las personas dependientes con grado I de dependencia (Real Decreto-Ley, 20/2011).

Este trabajo muestra el peso del cuidador informal en la aplicación de la LAPAD, elabora un cuasi-perfil de cuidador informal y determina qué variables sociodemográficas y relacionadas con el estado de salud y tratamiento médico a seguir por la persona dependiente inciden en la disposición de cuidado informal. La edad, el estado civil casado, el lugar de residencia, las variables de salud enfermedades del aparato circulatorio, musculoesqueléticas e insuficiencia respiratoria, y los 4 tipos de tratamiento a seguir se convierten en las principales variables asociadas a la recepción de cuidado informal para personas dependientes.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Las principales limitaciones del presente trabajo hacen referencia a las variables de salud utilizadas y a la naturaleza de la muestra

objeto de estudio. En cuanto a las primeras, cabe señalar que los resultados obtenidos con estas son meramente explicativos. Se ha asumido la independencia entre variables con el fin de explicar el efecto de cada una de ellas y poder comparar los resultados con los trabajos previos, eludiendo la posible relación existente de distintas enfermedades en un mismo paciente. En segundo lugar, la muestra analizada permite extraer conclusiones para una provincia concreta de España, con sus características demográficas, orográficas y socioeconómicas específicas, en un momento intermedio de la puesta en funcionamiento de la LAPAD, concretamente en sus inicios, con los problemas que ello implica (López Casanovas y Del Pozo Rubio, 2010).

Se precisan nuevos trabajos que permitan reflexionar sobre la puesta en funcionamiento de la LAPAD, entre otros, respecto a los conceptos de solvencia y sostenibilidad financiera, cobertura protectora equitativa, identificación de universalismo con elegibilidad, impactos generacionales y naturaleza y modelos de financiación del sistema de dependencia (López Casanovas y Faner Aguiló, 2011). En concreto, entre otras cuestiones, analizar y aclarar las causas de las desviaciones entre las hipótesis realizadas en la LAPAD y su posterior aplicación, esto es, el predominio de la prestación económica frente a la de servicios o la extensa presencia del cuidador informal en detrimento del cuidador profesional, y su relación con una inexistente oferta real desde el ámbito privado, tanto en personal como en infraestructuras, con una insuficiente o errónea dotación de recursos susceptibles de empleo en infraestructuras; todo ello sujeto al fin último de poder establecer una oferta de prestaciones adecuada a la demanda realizada por el colectivo de personas dependientes.

Bibliografía

- Alonso Albarrán, V. (2009). Proyecciones de gasto público en cuidados de larga duración en la Unión Europea (2007–2060). *Presupuesto y Gasto Público*, (56), 143–162.
- Antares Consulting. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Barcelona: Antares Consulting.
- Ayuso Gutiérrez, M., del Pozo Rubio, R., & Escribano Sotos, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 789–798.
- Boaz, R. F. (1996). Full time employment and informal caregiving in the 1980s. *Medical Care*, 34, 524–536.
- Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, (17), 393–409.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Patxot, C., et al. (2006). Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing Society*, (26), 285–302.
- Del Pozo Rubio, R., Escribano Sotos, F., & Moya Martínez, P. (2011). El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención: una elección condicionada para las personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 93–99.
- Díaz, E., Ladra, S., & Zozaya, N. (2009). La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. *Documentos de Trabajo Fundación Alternativas*, (143).
- Escribano Sotos, F., & Pardo García, I. (2006). La política sociosanitaria. Análisis de la situación internacional. In M. A. Galindo Martín, & Y. Fernández Jurado (Eds.), *Política Socioeconómica en la Unión Europea* (pp. 357–368). Madrid: Delta.
- Escribano Sotos, F., & Pardo García, I. (2012). Long-term care, dependence and the third sector. *Small Business Economics*, 38(3), 321–331.
- Escribano Sotos, F., Pardo García, I., & Moya Martínez, P. (2012). Análisis empírico del coste del tiempo dedicado a mayores dependientes. *Presupuesto y Gasto Público*, 66, 149–165.
- García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132–139.
- García Gómez, P., Jiménez-Martín, S., Oliva, J., & Vilaplana Prieto, C. (2011). Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: los cuidados informales. *Papeles de Economía Española*, (129), 83–97.
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., & Kane, R. L. (2007). Predicting nursing home admission in the US: a meta-analysis. *BMJ Geriatrics*, 7(13), 1–14.
- Gómez, M., Hernández, J., Martín, E. V., & Sosvilla-Rivero, S. (2012). La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos. *Presupuesto y Gasto Público*, 66, 127–148.
- Greene, W. H. (1997). *Econometric analysis* (3rd ed.). New York: Prentice-Hall.
- Guillén Estany, M., Albarrán Lozano, I., Alcañiz Zanón, M., Ayuso Gutiérrez, M., Blay Berrueta, D., & Monteverde Verdenelli, M. (2006). *Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas*. Madrid: Fundación BBVA.
- Himes, C. L., Wagner, G. G., Wolf, D. A., Aykan, H., & Dougherty, D. D. (2000). Nursing home entry in Germany and the United States. *Journal Cross Cultural Gerontology*, (15), 99–118.
- IMSERSO. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Colección estudios serie dependencia n.º 12.001.
- IMSERSO (2012): Datos sobre el estado de situación de la gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Disponible en <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>
- Jiménez Martín, S., & Vilaplana Prieto, C. (2008). Trade-off between formal and informal care in Spain. *Documentos de Trabajo FEDEA*, (22).
- Ley, 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado núm. 299 de 15/12/2006.
- Liu, K., Manton, K. G., & Aragon, C. (2000). Changes in home care use by disabled elderly persons: 1982–1994. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, (55), 245–253.
- López Casanovas, G., & Del Pozo Rubio, R. (2010). La protección social de los problemas de dependencia en España. *Documentos de Trabajo Fundación CASER-CRES*, (1).
- López Casanovas, G., & Del Pozo Rubio, R. (2011). La protección social de los problemas de dependencia en España. In S. Lago Peñas, & J. Martín-Vázquez (Eds.), *Las transferencias intergubernamentales en España: análisis y propuestas de reforma* (pp. 221–270). Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- López Casanovas, G., & Faner Aguiló, J. (2011). Consideraciones para la reforma y mejora de la aplicación de la Ley de Dependencia a partir de la observación de sistemas comparados. *Papeles de Economía Española*, (129), 149–156.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.-H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*, 39(1), 31–38.
- Mestheneos, E., & Triantafyllou, J. (2005). *Supporting Family Carers of Older People in Europe. The Pan-European Background*. Hamburg: Lit Verlag.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Moya Martínez, P., Escribano Sotos, F., Pardo García, I., Notario Pacheco, B., Alfaro Orozco, C., & Martínez Vizcaino, V. (2009a). Costes asociados a las horas de cuidado informal de los mayores dependientes en un ámbito rural. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 109–114.
- Moya Martínez, P., Escribano Sotos, F., Pardo García, I., Solera, M., Sánchez López, M., & Martínez Vizcaino, V. (2009b). Informal caregiving time and costs for cognitive impairment in older adults. *Documentos de Trabajo del Departamento de Análisis Económico y Finanzas (DAEF) de la UCLM*, (5).
- Oliva Moreno, J., & Osuna Guerrero, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, (56), 163–181.
- Oliva Moreno, J., Vilaplana, C., & Osuna Guerrero, R. (2011). El valor de los cuidados informales prestados a personas en situación de dependencia en España. *Papeles de Trabajo Instituto de Estudios Fiscales*, (10).
- Orden TAS/2632/2007, de 7 de septiembre, por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social. BOE núm 221 de 14/09/2007.
- Pérez Peñaranda, A., García Ortiz, L., Rodríguez Sánchez, E., Losada Baltar, A., Porras Santos, N., & Gómez Marcos, M. A. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria*, 41(11), 618–621.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: an updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences Social Sciences*, 61(Series B, 1), 33–45.
- Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado núm. 114 de 12/5/2007.
- Real Decreto-ley, 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público. Boletín Oficial del Estado núm. 315 de 31/12/2011.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2004). El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis de género. In *en Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Madrid: Fórum de Política Feminista.
- Rogero García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, (83), 393–405.
- Sosvilla Rivero, S. (2008). Un análisis estratégico del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. *Colección Estudios Económicos FEDEA*, (23).
- Vilaplana Prieto, C. (2009). Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia. *Presupuesto y Gasto Público*, (56), 184–204.