

Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica

Sara Peña Valderrama

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

Joseba Zalakain

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

Artikulu honek Europako, Asiako eta Ipar Amerikako zortzi herrialdetako (Alemania, Espainia, Finlandia, Frantzia, Italia, Erresuma Batua, Kanada eta Japonia) iraupen luzeko zaintza-sistemak deskribatzen ditu. Horretarako, herrialde horietako bakoitzak hamabi dimentsioei eman dizkien erantzunak deskribatzen dira zeharka: antolaketa eta gobernantza; iraupen luzeko zaintza-sistemarako sarbidea; estaldura-mailak; finantzaketa-eredua; gastua, koordainketa eta kostu unitarioak; eskura dauden zerbitzuak eta hornitzeko moduak; zaintzaileentzako laguntzak eta familiarismo-mailak; partaidetza eta aukeratzeko gaitasuna; sektoreko enpleguaren ezaugarriak; zerbitzuak ematen dituzten erakundeak; gizarteratze soziosanitarioa eta, azkenik, kalitatea ebaluatzeko eta kudeatzeko sistemak. Artikuluaren amaieran, aztertutako iraupen luzeko zaintza-sistemak ezaugarritu eta sailkatu dira.

Gako-hitzak:

iraupen luzeko zainketak, ezgaitasuna, mendekotasuna, antolaketa, eredua, azterketa konparatiboa

Este artículo describe los sistemas de cuidados de larga duración en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica (Alemania, España, Finlandia, Francia, Italia, Reino Unido, Canadá y Japón). A tal fin, se describen, de manera transversal, las respuestas que cada uno de esos países ha dado a doce dimensiones: la organización y la gobernanza; el acceso al sistema de cuidados de larga duración; los niveles de cobertura; el modelo de financiación; el gasto, el copago y los costes unitarios; los servicios disponibles y los modos de provisión; los apoyos a las personas cuidadoras y los niveles de familiarismo; la participación y la capacidad de elección; las características del empleo en el sector; las entidades proveedoras de servicios; la integración sociosanitaria y, por último, los sistemas de evaluación y gestión de la calidad. El artículo concluye con una caracterización y clasificación de los sistemas de cuidados de larga duración examinados.

Palabras clave:

Cuidados de larga duración, discapacidad, dependencia, organización, modelo, estudio comparativo.

1. Introducción

Este artículo describe los sistemas de cuidados de larga duración en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica, a partir de las dimensiones más relevantes que se tienen en cuenta en los análisis comparados de modelos de cuidados de larga duración, tal y como han sido identificadas en el primer artículo de este número de la revista *Zerbitzuan* ("Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración"), al que el presente texto acompaña.

A tal fin, se describen, de manera transversal, las respuestas que cada uno de estos ocho países ha dado a estas dimensiones, es decir, las opciones que ha tomado cada uno de ellos de cara a la articulación de su modelo de cuidados de larga duración, en función de sus tradiciones culturales, inercias institucionales, características sociodemográficas o preferencias sociales. Los países analizados son Alemania, Canadá, España, Finlandia, Francia, Italia, Japón y el Reino Unido, y las dimensiones consideradas son las siguientes:

- organización y gobernanza;
- acceso al sistema de cuidados de larga duración;
- niveles de cobertura;
- modelo de financiación;
- gasto, copago y costes unitarios;
- servicios disponibles y modos de provisión;
- apoyo a las personas cuidadoras y niveles de familiarismo;
- participación y capacidad de elección;
- características del empleo en el sector;
- entidades proveedoras de servicios;
- integración sociosanitaria, y
- sistemas de evaluación y gestión de la calidad.

Tras describir las respuestas que los ocho países analizados han dado a cada una de estas dimensiones, el artículo concluye con una caracterización y clasificación de los sistemas de cuidados de larga duración de estos ocho países desde tres perspectivas complementarias:

- en función de las cinco dimensiones más relevantes identificadas (universalización, desfamiliarización, apoyo al cuidado familiar, capacidad de elección y orientación al mercado);
- basándose en el nivel de capacidad de elección, de responsabilización familiar y de gasto público que caracteriza los sistemas analizados, y
- de acuerdo con la visión que subyace a cada uno de estos sistemas sobre el papel que corresponde a los distintos agentes que intervienen en los cuidados: personas usuarias, personas cuidadoras y Estado.

La descripción que se ofrece seguidamente ha sido extraída de un estudio más amplio realizado por el Servicio de Información e Investigación Social (SIIS) de la Fundación Eguía Careaga en el marco del

proyecto COMPAC, liderado por el Centro de Derecho Comparado del Trabajo y la Seguridad Social de la Universidad de Burdeos. En este estudio, se describen y analizan los principales elementos que conforman el sistema de cuidados de larga duración en cada uno de los ocho países analizados, y se proporcionan los datos más recientes respecto a su desarrollo y alcance.

Para llevarlo a cabo, se consultaron una serie de fuentes cuantitativas y cualitativas, tanto de corte comparativo como específicas de cada país, que se resumen a continuación¹:

- Fuentes internacionales que recogen datos estadísticos y descriptivos sobre el cuidado de larga duración, fundamentalmente las elaboradas por la OCDE (OECD Data), por Eurostat, por la Comisión Europea (Mutual Information System on Social Protection, MISSOC) y por el Global Observatory of Long-Term Care (GOLTC).
- Informes comparativos internacionales de los sistemas de cuidados de larga duración realizados por entidades de referencia, como los elaborados por la Organización Mundial de la Salud, la OCDE, la European Social Policy Network (ESPN) o la National Bureau of Economic Research (NBER).
- Fuentes estadísticas estatales, entre las que cabe destacar: la estadística proporcionada por el Ministerio de Sanidad y la Oficina Federal de Estadística (Destatis), en Alemania; el Instituto Canadiense de Información Sanitaria (ICIS) y el Instituto Nacional sobre Envejecimiento (National Institute of Aging), en Canadá; el Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), en España; la base estadística Sotkanet del Instituto Finlandés de Salud y Bienestar y los datos del Instituto Nacional de Estadística (Tilastokeskus), en Finlandia; la Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadística (DREES) francesa; el Instituto Nacional de Estadística (Istat) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INPS) en Italia; los datos publicados por el Ministerio de Salud, Trabajo y Servicios Sociales, y la Estadística sobre el gasto en prestaciones de cuidados de larga duración, en Japón; y, por último, para Inglaterra, los datos estadísticos que ofrece el Servicio Nacional de Salud (NHS) y la Oficina Nacional de Estadística (ONS).
- Por último, también se consultaron informes, normativa y publicaciones de la Administración, así como literatura especializada relevante y reciente, de cada país analizado.

En la medida de lo posible, se ha tratado de describir y analizar tanto la atención provista a las personas mayores en situación de dependencia, como a aquellas con discapacidad, si bien en algunos países,

¹ El último apartado de este artículo recoge la bibliografía completa utilizada en este estudio, y en la que se basa la información que aquí se presenta.

como Japón, la información para este segundo grupo poblacional es más escasa, por lo que la atención se centra mayormente en el primero. Asimismo, resulta preciso señalar que, dado el elevado grado de descentralización del sistema de cuidados de larga duración en el Reino Unido y Canadá, se ha optado por centrar el análisis en los sistemas de Inglaterra y de la provincia de Quebec, respectivamente.

2. El sistema de cuidados de larga duración en los ocho países analizados

En los siguientes apartados se analizan, de manera transversal, los sistemas de cuidados de larga duración de ocho países de Europa, Asia y Norteamérica, a partir de una descripción de las respuestas articuladas por cada país a las dimensiones ya señaladas.

Cabe destacar que ninguno de ellos comparte, en su totalidad, un mismo modelo o tipología. Al contrario, cada uno combina de forma específica la forma en la que aborda las diferentes cuestiones consideradas, generando modelos propios que no siempre coinciden con los regímenes o modelos de protección social que se utilizan de forma convencional en el análisis de los Estados del bienestar. De hecho, el modelo desplegado en cada país traduce, en lo esencial, la respuesta específica que cada país ha querido o podido dar al reto de la mutualización de los cuidados y al dilema entre tres objetivos que difícilmente pueden alcanzarse de forma simultánea: a) la contención del gasto público; b) la garantía de niveles suficientes de calidad, intensidad y asequibilidad de los servicios de cuidado, y c) la cobertura del conjunto de las necesidades de cuidado, incluyendo las de menor intensidad. En efecto, al definir sus modelos, cada país ha tendido a privilegiar —en función de sus tradiciones culturales, sus inercias institucionales, sus preferencias sociales y sus capacidades económicas— uno o, como mucho, dos de esos objetivos. La comparación entre modelos de cuidados de larga duración se centra, por tanto, en lo fundamental, en comparar cómo en cada país se ha intentado dar respuesta a ese trilema.

2.1. Organización y gobernanza

Desde la perspectiva de la organización y la gobernanza, los ocho países analizados se diferencian en tres aspectos: de una parte, la mayor o menor intervención de la Seguridad Social; de otra, el mayor o menor grado de descentralización de la acción institucional y, por último, el protagonismo de la administración municipal. Al respecto, hay que señalar que el papel de la Seguridad Social es relevante en cuatro de los ocho países analizados —Alemania, Japón, Italia y, en menor medida, Francia— y que en los ocho países cabe hablar de niveles elevados, aunque variables, de descentralización. El protagonismo de la administración local resulta particularmente relevante en Japón, Italia, Finlandia —hasta su

reciente reforma— y el Reino Unido. Al margen del nivel de descentralización, los países analizados se diferencian en el nivel de fragmentación del sistema, en la medida en que en algunos —España, Italia y Canadá, por ejemplo— la pluralidad de agentes intervinientes es mayor, mientras que, en otros, siendo también elevada, es más reducido.

Alemania es el mejor exponente de los países con sistemas basados en el aseguramiento público mediante el sistema de Seguridad Social, con un papel importante de las cajas gestoras del seguro público de salud. No en vano, el sistema de atención a la dependencia y discapacidad alemán se fundamenta, desde 1995, sobre un modelo de aseguramiento de la dependencia, a modo de quinto pilar del sistema de Seguridad Social, junto con los seguros de enfermedad, de pensiones, de accidentes y de desempleo. El seguro de dependencia funciona por tanto como sistema básico de cobertura de las necesidades de cuidado, si bien se complementa con servicios y prestaciones prestados por el sistema de salud y el sistema de asistencia social, de base municipal, cuya función es, en cierto modo, residual.

Aunque la normativa básica sobre el sistema de aseguramiento de la dependencia se establece a nivel federal (en el Libro XI del Código de Seguridad Social), el protagonismo principal, en lo que a la regulación, financiación y provisión de los servicios se refiere, se reparte entre la Seguridad Social y los estados federados (*länder*), lo que otorga al sistema una cierta descentralización. El papel principal corresponde, en todo caso, a las distintas entidades gestoras de los seguros —o cajas de dependencia (*pflegekassen*)—, que se encuentran afiliadas a las cajas aseguradoras de enfermedad, si bien actúan como entidades independientes con personalidad jurídica y financiación propia. Al margen de los servicios previstos en el marco del seguro de dependencia, existen también servicios de cuidado prestados en el marco del sistema de salud y financiados por el seguro de enfermedad. Además, en el marco de la normativa de asistencia social, los ayuntamientos también prestan servicios de atención domiciliaria, aunque su papel es básicamente asistencial.

El modelo desarrollado en Japón se asemeja en algunos aspectos al alemán, si bien con una mayor descentralización y un mayor protagonismo de los ayuntamientos. El sistema japonés de cuidados de larga duración se basa, principalmente, en un modelo de aseguramiento introducido en el año 2000 como cuarto pilar del sistema de la Seguridad Social, junto con los seguros de empleo, salud y pensiones. Se trata de un sistema relativamente descentralizado, en el que intervienen tanto la administración central, como las prefecturas o provincias y los municipios. No se trata de un sistema fragmentado, puesto que el reparto de competencias entre ayuntamientos, prefectura provincial y administración central es relativamente claro y no se producen solapamientos. En ese contexto, los municipios se configuran como

las entidades aseguradoras y a ellos compete el establecimiento de las primas de cotización, la recaudación de los fondos y su administración. Por otro lado, el modelo japonés atiende las necesidades de cuidado de las personas con discapacidad de entre 18 y 65 años en el ámbito de los servicios sociales, y no mediante un sistema de aseguramiento. Esto se traduce en un catálogo de servicios algo diferente al de las personas mayores en situación de dependencia y, más significativamente, en tarifas de copago más beneficiosas para las personas con discapacidad y un sistema de financiación también diverso.

Finlandia forma parte del modelo de países con un sistema ampliamente descentralizado hacia los municipios, si bien desde 2023 la responsabilidad de la gestión ha pasado de los municipios a un total de 21 comarcas creadas para la prestación de servicios sociales y de salud: las comarcas de servicios de bienestar (*hyvinvointialueet*). El objetivo de esta reforma es reducir las desigualdades que generaba la amplia autonomía municipal existente hasta entonces. La administración central mantiene, en cualquier caso, competencias relevantes en cuanto a regulación o inspección, y los ayuntamientos conservan algunas competencias, sobre todo en materia de salud pública.

Canadá forma parte del grupo de países con modelos fragmentados o dispersos, con un alto nivel de descentralización y una pluralidad de agentes intervinientes. Efectivamente, el sistema de atención a la dependencia y la discapacidad en Canadá se caracteriza por una gran fragmentación territorial, que se traduce en la existencia de trece sistemas provinciales independientes. Los servicios de atención se han desarrollado al margen de la política sanitaria federal y se agrupan en lo que se denomina *extended health services*, que se rigen por la legislación provincial y territorial. En la práctica, el sistema de cuidados de larga duración canadiense se conforma como un mosaico fragmentado de servicios que presenta grandes variaciones en lo que al coste, acceso y cobertura se refiere. En ese contexto, la administración federal juega un papel relativamente secundario, y las principales competencias de gestión corresponden a las administraciones regionales o provinciales, que tienen un amplio margen de autonomía.

También Francia cuenta con un sistema relativamente fragmentado, si bien las principales competencias de gestión y financiación corresponden a los departamentos. Las regiones tienen, en todo caso, ciertas competencias, por ejemplo, en el ámbito de la atención residencial, así como los municipios, si bien de carácter más asistencial. El Estado, por su parte, juega un papel importante en lo que se refiere a la regulación, la financiación y la evaluación de los servicios. También las cajas o mutuas de la Seguridad Social juegan un papel relevante, especialmente en lo que se refiere a la financiación. Para la provisión de los servicios, por otra parte, se diferencia entre la población mayor y menor de 60 años, con requisitos de acceso y derechos diferentes.

El sistema italiano se caracteriza particularmente por su fragmentación y complejidad, fruto de un modelo de gobernanza multinivel en el que las regiones cuentan con un elevado grado de autonomía y donde la atención la prestan diversos sistemas (Seguridad Social, servicios sociales, sistema sanitario) y niveles administrativos (municipal, provincial, regional y central). En este marco, la distribución competencial se reparte, fundamentalmente, entre la administración central, las regiones y los ayuntamientos, si bien el protagonismo principal recae sobre la Seguridad Social (INPS), encargada de financiar y gestionar la prestación de acompañamiento (*indennità di accompagnamento*). Las regiones juegan un papel relevante en el ámbito de la programación de la atención sanitaria, a través de la organización de los servicios de salud prestados en los centros residenciales y de los servicios sanitarios provistos en el marco del servicio de atención domiciliaria integrada (ADI). Por último, la organización, provisión (directa o indirecta) y parte de la financiación de los servicios sociales de atención compete a los municipios y a los denominados "ámbitos territoriales sociales" (mancomunidades establecidas para la organización de los servicios sociales), a través de un sistema selectivo con estrictos requisitos de acceso y, habitualmente, sistemas de copago propios. Todo ello se traduce en una notable variabilidad territorial en lo que a criterios de acceso, contenidos, coberturas y modelos de financiación se refiere.

El marco de gobernanza del sistema de cuidados de larga duración en el Reino Unido se reparte entre las cuatro naciones que lo constituyen —Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte—, que cuentan con un alto grado de autonomía desde el proceso de devolución de poderes llevado a cabo a finales de los años noventa. En las cuatro naciones, las principales competencias para la prestación de los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad recaen sobre la administración local, en un marco normativo y financiero establecido a nivel nacional. Las autoridades locales disponen de un amplio margen de autonomía a la hora de organizar los servicios de cuidados, de establecer las formas de financiación o de determinar los criterios de acceso, si bien existen algunos criterios comunes en la aplicación de los baremos de acceso a los servicios públicos. Por ello, existe una amplia variabilidad territorial en cuanto a cobertura y disponibilidad de los servicios se refiere. El Servicio Nacional de Salud (NHS) también juega un papel importante en la financiación de los cuidados sanitarios que se prestan en aquellos centros residenciales con servicios de enfermería (*nursing homes*). Cabe además señalar el papel de la administración central, en el conjunto del Reino Unido, en la financiación y provisión de prestaciones dirigidas a compensar los gastos que derivan de las situaciones de discapacidad y del cuidado informal, y que se proveen en el ámbito de la Seguridad Social.

El modelo desarrollado en España también se caracteriza por la descentralización y niveles elevados de fragmentación. Si bien la normativa

básica viene marcada por la administración central, las comunidades autónomas y, en menor medida, los municipios tienen una amplia autonomía en lo que se refiere a la provisión de los servicios, lo que genera importantes desigualdades territoriales. También se generan problemas de coordinación de relativa importancia, en la medida en que el reparto de competencias entre los municipios y las regiones no siempre es inequívoco. Cabe señalar, por otra parte, que el sistema de atención a la dependencia atiende a personas de cualquier edad y que la gestión corresponde a los servicios sociales, encargados también de los servicios de inclusión, protección infantil y apoyo a las necesidades económicas.

El cuadro 1 recoge, de forma esquemática, las características de cada uno de los países analizados con respecto a la articulación competencial del sistema: se recoge, en concreto, el nivel administrativo que concentra las competencias más relevantes, la existencia de dispositivos diferenciados para personas mayores y con discapacidad, y el nivel de fragmentación del sistema.

Cuadro 1. Estructura y organización competencial de los países analizados			
	Nivel institucional principal	Dispositivos diferenciados en personas mayores y con discapacidad	Nivel de fragmentación*
Alemania	Seguridad Social / estados federados	No	Bajo
Canadá	Provincias	Sí	Alto
España	Comunidades autónomas / ayuntamientos	No	Medio
Finlandia	Comarcas**	Sí	Bajo
Francia	Departamentos	Sí	Medio
Italia	Seguridad Social / ayuntamientos	No	Alto
Japón	Ayuntamientos	Sí	Bajo
Reino Unido (Inglaterra)	Ayuntamientos	No	Medio

* Se tiene en cuenta el número de agentes con responsabilidades de intervención y la claridad en la atribución de responsabilidades a cada nivel de la administración

** Hasta 2023, ayuntamientos

Fuente: elaboración propia

2.2. Acceso al sistema de cuidados de larga duración

La práctica totalidad de los países analizados han adoptado un enfoque universal en lo que se refiere al acceso al sistema de cuidados de larga duración, con la salvedad del Reino Unido —más concretamente, Inglaterra— e Italia, donde se puede hablar de un sistema mixto, en la medida en que el acceso a algunos servicios o prestaciones es universal, y el

acceso a otros, selectivo (es decir, *means tested* o focalizado en personas de bajos ingresos).

En Alemania, el acceso al sistema está teóricamente condicionado a las cotizaciones al seguro de dependencia, si bien en la práctica la cobertura del seguro (ya sea en su modalidad pública o privada) es universal. La renta de las personas usuarias no se tiene en cuenta ni para el acceso al sistema ni para el cálculo del copago, pero sí para el pago de las cotizaciones que dan acceso al sistema. En Japón el acceso al sistema está también supeditado a las cotizaciones realizadas al seguro, si bien se trata también de un sistema universal, que atiende a todas las personas mayores y con discapacidad.

En Francia, el acceso es plenamente universal, si bien la cuantía de las prestaciones se modula en función de la renta de las personas usuarias. En Italia, el acceso a la prestación económica de cuidados que gestiona la administración central tiene carácter universal, mientras que el acceso a los servicios de atención diurna y residencial, gestionados a nivel local y regional, tiene, por lo general, carácter selectivo. En España, el acceso al sistema también es universal, si bien las diferencias territoriales en los niveles de cobertura reducen, en la práctica, esa universalidad, debido al elevado número de personas que no reciben servicios de atención, pese a tener derecho legal a ello. Los elevados niveles de copago también suponen un freno a la universalidad del sistema, que, si bien se garantiza *de iure*, no siempre está garantizada *de facto*.

El acceso a los servicios públicos de cuidados en el Reino Unido se encuentra determinado por requisitos de acceso aplicados por las autoridades locales —con un amplio margen de discrecionalidad— mediante un proceso de valoración de las necesidades de la persona usuaria y de la disponibilidad de apoyo informal. Si se cumplen los requisitos mínimos de acceso, se realiza una valoración de la capacidad económica de la persona que determina el acceso a los servicios públicos de cuidados, así como el nivel de copago. En la práctica, esto supone que, generalmente, solo las personas con necesidades intensas de cuidados y con bajos niveles de ingresos pueden acceder a los servicios provistos por la Administración, aunque existen diferencias territoriales significativas entre Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte.

En lo que se refiere al baremo para la valoración de las necesidades, es común a todo el país en Alemania, Francia, Finlandia y España, mientras que en Canadá y el Reino Unido se utilizan herramientas diferentes en función de la región o, incluso, el municipio. En Japón, existe un sistema nacional estandarizado de certificación del nivel o grado de necesidad o apoyo que presenta la persona, si bien para su aplicación la autonomía municipal es relativamente grande. En Italia, el sistema es mixto. Aunque no resulta sencillo comparar el grado de focalización de cada sistema en las personas con necesidades más severas, puede decirse que el sistema canadiense prioriza la atención

a las necesidades más graves, mientras que los casos moderados reciben algún tipo de atención, aunque sea de baja intensidad.

2.3. Niveles de cobertura

La información disponible sobre la cobertura de los sistemas de cuidados de larga duración es relativamente incompleta, y existe un cierto grado de incertidumbre sobre la comparabilidad de los datos, incluso cuando proceden de una única fuente, como la OCDE. Es importante señalar que las coberturas se refieren al porcentaje de población mayor de 65 años que recibe cuidados de larga duración provistos o, al menos, cofinanciados por las administraciones.

De los datos disponibles, cabe destacar la elevada cobertura poblacional del sistema de cuidados de larga duración para personas mayores en Alemania, superior incluso a la de los países nórdicos. Esa cobertura se ha incrementado, muy particularmente a partir de las reformas introducidas en 2017. Alemania destaca también por el peso de las prestaciones a domicilio sobre las institucionales y, sin embargo, por una cobertura residencial elevada. Las coberturas totales oscilan en torno al 13 % en los demás países, con la excepción de Japón y el Reino Unido, e incluyendo Finlandia, donde las tasas de cobertura se han reducido de forma relativamente importante en los últimos años. En Japón, los datos de la OCDE señalan una cobertura del 2,7 %, si bien, según otras fuentes, la cobertura real podría superar el 19 %, situándose por tanto entre las más elevadas. En Italia, existe también una cierta disparidad entre las diferentes fuentes, pues mientras que la OCDE indica una cobertura del 6,5 %, solo para servicios a domicilio, de los datos del Istat (2024) es posible estimar una cobertura del 13,5 %. Lo

mismo ocurre en Canadá, donde los datos oficiales de la OCDE señalan una cobertura de servicios domiciliarios del 3,5 %, mientras que otras fuentes elevan la cobertura total hasta el 13 % (NIA, 2019).

La proporción de personas atendidas en el medio comunitario (en domicilios) oscila entre el 60 % en Francia y el 83 % en España, mientras que las coberturas residenciales oscilan entre 21,3 plazas por cada mil mayores de 65 años en Italia y 53,9 en Alemania.

2.4. Modelo de financiación

De los ocho países analizados, dos se corresponden claramente con el modelo de aseguramiento público —Alemania y Japón, aunque Francia también recurre a una cotización específica—, mientras que el resto basan su modelo en los impuestos generales, sean nacionales o municipales². En todos ellos, se prevé un cierto grado de copago, aunque su definición resulta muy variable.

En Alemania, los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad son financiados, principalmente, por el seguro de dependencia, las personas usuarias, y, en menor medida, por los ayuntamientos, por otros organismos públicos y los seguros privados de dependencia. La financiación del aseguramiento de la dependencia se basa, fundamentalmente, en una cotización obligatoria que abonan de manera compartida las empresas y las personas trabajadoras. El copago, en lo esencial, se deriva de la diferencia entre la cuantía recibida por el seguro de dependencia para el pago de las prestaciones contratadas y el coste real del servicio.

Tabla 1. Indicadores de cobertura en los países analizados (2021)

	Cobertura ^a	Cobertura domiciliaria ^b	Cobertura residencial ^c
Alemania	20,5	81,0	53,9
Canadá	13,0	67,0	46,7
España	12,4	83,0	43,4
Finlandia	13,1	70,0	50,8
Francia	9,4	60,0	47,4
Italia	13,5 ^d	—	21,3
Japón	2,7 ^e	—	26,5
Reino Unido (Inglaterra)	5,2	68,0	41,3

^a Porcentaje de personas mayores de 65 años atendidas
^b Porcentaje de personas mayores atendidas en el domicilio respecto al total de personas atendidas
^c Número de plazas en residencias por 1000 personas mayores
^d Estimación propia a partir de Istat (2021a, 2021b y 2021c)
^e Solo tiene en cuenta la atención en el ámbito sanitario. El grado de cobertura sería del 19,2% si se consideran los datos relativos a la cobertura del seguro de dependencia, según Fu *et al.* (2023)
Fuente: elaboración propia a partir de OCDE (2021a) e Istat (2021a, 2021b y 2021c)

² A ese respecto, habría que señalar también que los niveles totales de presión fiscal en los países analizados son muy variables y oscilan entre el 45,1% de Francia, el 43,3% de Italia, el 43 % de Finlandia, el 39,5% de Alemania, el 38,4% de España, el 33,5 % del Reino Unido y el 33,2% de Canadá y de Japón.

En Japón, el sistema de atención a la dependencia se financia a través de una fórmula mixta que incluye la financiación mediante impuestos, el seguro de cuidados de larga duración y la participación económica de las personas usuarias. La financiación pública se divide a partes iguales entre el sistema de impuestos generales y el del aseguramiento de la dependencia. La parte correspondiente a los impuestos se distribuye entre la administración central (25 %), las prefecturas provinciales (12,5 %) y los municipios (12,5 %). El 50 % restante se financia a través de las cotizaciones que deben abonar las personas mayores de 40 años, sobre la base de tarifas revisadas anualmente.

En Francia, si bien no existe un seguro de dependencia, una parte de la financiación proviene de la Caja Nacional de Dependencia, que gestiona los ingresos derivados de una cotización social específica sobre los salarios que abonan las empresas y las y los trabajadores. El resto de la financiación proviene de los impuestos generales y del copago, que se modula en función del grado de dependencia y de los niveles de renta de las personas usuarias.

En Finlandia, los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad son financiados, principalmente, por la administración central, a través de impuestos generales, y por las personas usuarias, mediante el copago. Aunque con anterioridad a la reforma, los municipios financiaban parte de los servicios, las comarcas de servicios de bienestar no cuentan con competencias para la recaudación fiscal, por lo que la financiación pública recae, por el momento, sobre el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad. La Seguridad Social también contribuye a la financiación a través de las dos prestaciones económicas que provee a personas jubiladas y a personas con discapacidad para la compensación de los gastos en servicios de cuidados.

En Canadá (concretamente, en Quebec), la financiación de los servicios de atención a la dependencia se distribuye entre el Gobierno federal, el Gobierno provincial y las personas usuarias, a través del copago, que se aplica únicamente a los servicios residenciales. En España, la financiación de los servicios es compartida entre el Estado central, las comunidades autónomas y las personas usuarias, cuya participación económica se calcula en función de su renta y su patrimonio, así como del coste real del servicio, con importantes diferencias regionales. Se calcula que, en la actualidad, tras el reciente incremento de la financiación aportada por la administración central, el Gobierno central financia un tercio del gasto, repartiéndose el resto de la financiación entre las administraciones regionales y las personas usuarias. En Italia y en el Reino Unido, la financiación de los servicios corresponde a las diversas administraciones implicadas, así como a las personas usuarias.

2.5. Gasto, copago y costes unitarios

Como ocurría con las coberturas, la estimación del gasto público y privado en los diversos países está sujeta a una gran incertidumbre, pues los datos ofrecidos por las diferentes fuentes no siempre se basan en las mismas metodologías³.

De acuerdo con los datos recogidos en la tabla siguiente, el nivel de gasto público destinado a los cuidados de larga duración oscila entre 3,2 % del PIB en Finlandia y el 0,7 % en Italia⁴. Seis de los ocho países que se analizan registran un gasto superior al 1,5 % del PIB. De acuerdo con los datos de la OCDE, el porcentaje de gasto público más elevado sobre el conjunto del gasto corresponde a Finlandia, y el más bajo, a Italia, si bien las diferencias son reducidas y oscilan entre el 75 % y el 85 %, salvo en Finlandia.

La OCDE también ofrece alguna medida relativa a los costes de la atención y, concretamente, al coste de la atención residencial con relación al ingreso mediano de cada país: de acuerdo con estos datos, el gasto más elevado —con diferencia— se da en Finlandia, donde el coste prácticamente multiplica por cuatro el ingreso mediano. Alemania, España y Francia, por su parte, destacan por costes relativamente bajos, que en cualquier caso superan el 100 %.

Tabla 2. Indicadores de gasto público, gasto privado y costes de la atención residencial

	Gasto público	Gasto privado	% del gasto público sobre el total	Coste*
Alemania	1,8	0,6	76,0	113
Canadá	1,8	0,5	78,0	144
España	0,8	0,1	85,1	115
Finlandia	3,2	0,4	89,8	429
Francia	2,0	0,5	80,4	112
Italia	0,7	0,2	74,6	266
Japón	2,1	0,4	85,7	198
Reino Unido (Inglaterra)	1,8	0,6	74,8	234

* Coste de la atención residencial con relación al ingreso mediano de las personas mayores de 65 años en 2022 (OCDE, 2023a)

Fuente: elaboración propia a partir de OCDE (2021b y 2023a). El gasto incluye, cuando se diferencia, el gasto en cuidados de larga duración sociales y sanitarios en 2021

³ Los datos sobre coste, gasto y financiación que se recogen en este apartado están obtenidos de la base de datos de la OCDE, que incluye tanto el gasto en cuidados de larga duración de tipo social como de salud (si bien el social no se refleja en todos los casos).

⁴ En todo caso, cabe destacar que no siempre existe una concordancia clara entre el nivel de gastos recogido por la OCDE y el que se deriva de las estimaciones nacionales: en el caso de Italia, por ejemplo, la OCDE estima el gasto público en un 0,7 % del PIB, mientras que las estimaciones nacionales lo elevan hasta el 1,7 %.

Más allá de su cuantificación, la regulación del copago es difícil de resumir, dada la diversidad de casos, aun en un mismo país. No obstante, es posible señalar el funcionamiento del modelo de copago en algunos de los países analizados:

- En Francia, el copago se organiza bajo un sistema de triple tarificación: los costes sanitarios en residencias son gratuitos y cubiertos por el sistema de salud; los costes de dependencia se financian principalmente mediante la *allocation personnalisée d'autonomie* (APA), modulada según ingresos y grado de dependencia; y los costes de alojamiento corren a cargo de la persona usuaria, aunque pueden cubrirse parcialmente con prestaciones como la *aide personnalisée au logement* (APL) y, en casos de insuficiencia de recursos, cuando el resto de prestaciones no son suficientes, la *aide sociale à l'hébergement* (ASH). Además, se fijan tarifas máximas en los centros acreditados y se garantiza un mínimo vital protegido, limitando la aportación personal a un máximo del 90 % de la capacidad económica, lo que asegura progresividad y una mayor protección a los hogares con menos recursos.
- En Japón, el sistema de copago establece tarifas del 10 %, 20 % y 30 % sobre el coste de los servicios en función de la capacidad económica de las personas. Además del abono del copago, las personas usuarias de centros residenciales se encuentran sujetas, generalmente, al pago de las tarifas de alojamiento y manutención, aunque estas tarifas pueden ser asumidas por el seguro de cuidados cuando se trata de personas con bajos ingresos.
- En España, aunque existen algunas pautas de ámbito estatal para definir el copago, cada municipio o comunidades autónomas tiende a establecer sus propias reglas, lo que genera una elevada diversidad territorial. La renta y el patrimonio se tienen en cuenta a la hora de fijar el copago, así como la obligación de que las personas usuarias mantengan una cantidad económica para sus gastos personales. También se tiene en cuenta el coste real del servicio sujeto a copago. Pese a que la ley lo establece, el copago en general no diferencia el coste hotelero, de manutención o de atención doméstica del coste específico de los cuidados personales.
- En Alemania, las personas abonan con sus propios recursos los servicios de alojamiento y manutención en los centros residenciales y la parte del coste de los cuidados que pueda exceder de la prestación a la que tienen acceso mediante el seguro de dependencia. En los servicios a domicilio, el copago corresponde a la parte de la tarifa de la persona contratada y excede la cuantía de la prestación correspondiente⁵.
- En Italia, el copago depende básicamente de las regulaciones adoptadas a nivel municipal y provincial.
- En Finlandia, en lo que se refiere a la atención domiciliaria regular, el copago solo se aplica si se superan unos ingresos mínimos. En 2022, ese umbral era de 588 euros para hogares unipersonales, de 1084 para hogares con dos miembros y de 1701 para hogares con tres miembros. La tarifa, que varía en función del número de horas de atención recibidas y miembros en el hogar, se configura como un porcentaje sobre los ingresos que exceden el umbral establecido y no puede superar, en todo caso, el 35 % de estos ingresos en los hogares unipersonales, el 24 % en hogares con dos miembros y el 19 % en hogares con tres miembros.
- En Canadá (Quebec), el copago solo se aplica en el ámbito del cuidado residencial.
- En el Reino Unido, los servicios públicos de cuidados de larga duración se encuentran, en su mayor parte, sujetos a copago, si bien existen importantes diferencias entre las diferentes naciones:
 - En Gales, existe un límite de participación económica de 100 libras semanales para todas las personas que acceden a servicios provistos en la comunidad, independientemente de la intensidad de los servicios a los que accedan y del nivel de renta.
 - En Escocia, el acceso a los cuidados personales es gratuito, pero se aplican criterios de renta a los gastos hoteleros y relacionados con la atención doméstica.
 - En Inglaterra, la cuestión del copago ha planteado múltiples debates e iniciativas, dados los problemas que genera su diseño. Aunque se contemplaba la entrada en vigor de un límite a las aportaciones que realizan las personas usuarias, para atajar el elevado coste que soportan las personas usuarias de servicios de atención a la dependencia, esta medida —retrasada en varias ocasiones— ha sido finalmente descartada por el actual Gobierno laborista.

liaria, algunas de las estimaciones sugieren, con datos de 2017, que el nivel de copago oscilaría entre los 143 y los 482 euros mensuales, en función del grado de dependencia (Milstein *et al.*, 2021). En lo tocante a la atención residencial, el coste medio en concepto de alojamiento y manutención sería de 921 euros mensuales, y el coste en inversión, de 485 euros. A raíz de las últimas reformas, el copago en concepto de cuidados difiere en función de la duración de la estancia y oscilaría entre los 1377 euros en la entrada inicial y los 344 para estancias superiores a 36 meses. En su conjunto, la aportación económica media de las personas en centros residenciales sería de entre 2576 euros mensuales en las estancias inferiores a 12 meses y de 1750 en las estancias más largas (Vdek, 2024).

Cuadro 2. Características relacionadas con la financiación y el copago			
	Mecanismo principal de financiación	Copago en función de renta	Grado de asequibilidad*
Alemania	Seguro público	No	Alta
Canadá	Impuestos generales	Sí	—
España	Impuestos generales	Sí	Baja
Finlandia	Impuestos generales	Sí	—
Francia	Impuestos generales + cotización	Sí	Alta
Italia	Impuestos generales	Sí	Baja
Japón	Impuestos generales + seguro público	Sí	—
Reino Unido (Inglaterra)	Impuestos generales	Sí	—

* Clasificación propuesta por Angrisani *et al.* (2022)

Fuente: elaboración propia

2.6. Servicios disponibles y modos de provisión

La disponibilidad y articulación de los servicios disponibles y sus modos de provisión varían de forma notable entre los países analizados. Se describen a continuación, de forma sintética, las principales características de cada modelo:

a. Alemania

En Alemania, el sistema funciona mediante la asignación de unas cantidades económicas que se modulan en función del grado de dependencia y el tipo de servicio elegido. En concreto, las cantidades oscilan entre 125 euros mensuales para cuidados residenciales del nivel más bajo de dependencia y 2005 para los servicios residenciales en el nivel más elevado. Sobre esa base, las personas usuarias pueden elegir entre una prestación para cuidados domiciliarios no profesionales (*pflegegeld*)⁶, una prestación para cuidados domiciliarios profesionales (*pflegesachleistung*)⁷ y una prestación para cuidados en centros residenciales⁸. Cabe señalar que, en lo

⁶ Esta opción se configura como un "subsidio de cuidados" que la persona usuaria puede utilizar libremente, ya sea para retribuir a familiares o para otros usos. Se conforma como un pago directo y es compatible con la prestación para cuidados profesionales.

⁷ Esta prestación se dirige a financiar los cuidados domiciliarios prestados por un servicio formal. En este caso, se percibe en especie, ya que la caja aseguradora gestiona el servicio y abona directamente el coste a la entidad proveedora. La prestación para cuidados profesionales en el domicilio contempla cuidado personal (de atención directa al cuerpo), apoyo en las actividades de la vida diaria (apoyo psicosocial, apoyo para la socialización y la organización de la vida diaria, estimulación cognitiva) y apoyo en las tareas domésticas (limpieza, preparación de comidas, realización de la compra).

⁸ En este caso, la prestación se destina a cubrir los costes de la atención a la dependencia, la atención informal o los cuidados de

que concierne a los servicios profesionales, no se trata de una prestación estrictamente hablando, ya que la cuantía se ingresa directamente a la entidad contratada por la persona.

Además, al objeto de potenciar la atención domiciliaria, el sistema alemán contempla otras prestaciones, como centros diurnos, estancias de respiro, ayudas técnicas o compensación de gastos por adaptación de vivienda.

Se puede pensar en una orientación familiarista del modelo alemán si se tiene en cuenta que, del total de personas usuarias, casi el 55 % reciben la prestación de cuidado familiar; en torno al 20 %, la prestación que da acceso a un servicio residencial; el 4 %, la prestación de servicios profesionales en el hogar, y el 12 %, una combinación de diversos servicios.

b. Canadá

En Canadá (específicamente, en Quebec), el acceso a los servicios de cuidados de larga duración se realiza, principalmente, a través de la prestación en especie (es decir, servicios de atención directa). El modelo de atención a la dependencia y la discapacidad en Quebec organiza los servicios mediante programas dirigidos a colectivos específicos, distinguiendo así entre las personas mayores en situación de dependencia y aquellas con discapacidad, aunque el catálogo de servicios es, en gran medida, el mismo, y se articula en torno a la pérdida de autonomía. El sistema quebequés distingue entre la atención domiciliaria, la atención semirresidencial, provista en recursos intermedios, y la atención residencial. En el marco de la atención provincial ofrecida en Quebec, existen, además, algunos servicios provistos por organismos comunitarios, contratados por los centros integrados de atención social y sanitaria (CISSS/CIUSSS), entre los que se incluyen comidas a domicilio, visitas domiciliarias o centros de día.

El sistema quebequés contempla también, siempre que se cumplan ciertos requisitos, el acceso a servicios domiciliarios a través de una prestación para la contratación directa. Esta prestación puede adoptar la forma de un pago directo (*allocation directe*) o, más comúnmente, un cheque empleo-servicio (*chèque emploi service*), aunque también existe una deducción fiscal reembolsable para acceder a los servicios formales de cuidado (*programme déxonération financière des services d'aide domestique*, PEFSAD) y un sistema de reducción de las tarifas del servicio prestado por proveedores privados.

En términos evolutivos, algunos estudios apuntan a una transformación de la atención a raíz del endurecimiento de los requisitos de acceso a centros residenciales. Por un lado, en los últimos años se ha

enfermería proporcionados en los centros, pero no cubre los gastos de alojamiento y manutención.

producido un aumento muy significativo en el número de horas de atención domiciliaria, que han pasado de 6,6 millones en 2013-2014 a 13,8 millones en 2019-2020. Este incremento, que se refleja en el gasto destinado al servicio de asistencia domiciliaria, no corresponde, sin embargo, a un aumento significativo del número de personas atendidas en sus domicilios. Estos datos han sido interpretados como un cambio en las prácticas de atención domiciliaria, que se concentrarían sobre aquellas personas que presentan mayores necesidades de cuidados, pero que no pueden acceder a centros residenciales. En efecto, en 2019-2020, un 10% de las personas usuarias del servicio de asistencia domiciliaria —aquellas con mayores necesidades de cuidados— percibían el 71% de todas las intervenciones, con una media de una intervención diaria. Por el contrario, el 80% de las personas usuarias percibían una atención domiciliaria de muy baja intensidad, de entre una intervención al año y dos intervenciones mensuales.

c. Francia

En Francia, el sistema de cuidados de larga duración se articula fundamentalmente en torno a prestaciones económicas de carácter universal dirigidas a personas con una pérdida de autonomía física o mental, distinguiendo, no obstante, entre las personas en situación de dependencia mayores de 60 años y las personas con discapacidad menores de esa edad. De este modo, todas las personas mayores de 60 años que acrediten una situación de dependencia pueden acceder a la prestación personalizada para la autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*, APA) para el acceso a cuidados tanto de ámbito domiciliario como residencial. A pesar de tratarse de una prestación universal, su cuantía se modula en función del nivel de renta y del grado de dependencia que presenta la persona. Las personas con discapacidad menores de 60 años, por otro lado, pueden acceder a la prestación de compensación por discapacidad (*prestation de compensation du handicap*, PCH), que, como se explica más adelante, también considera los ingresos a la hora de establecer las cuantías.

En su versión domiciliaria, la APA ofrece una gama de opciones relativamente amplia (asistencia domiciliaria, teleasistencia, ayudas técnicas, servicios de respiro y más), aunque en todo caso cerrada. Su uso debe estar dirigido a cubrir las necesidades de apoyo establecidas en un plan de cuidados, elaborado por un equipo multidisciplinar del departamento (compuesto por profesionales del sector sanitario y social) y que se establece tras una valoración de las necesidades. El modelo francés no permite el uso de la APA para retribuir a la pareja de la persona usuaria, pero sí a otros familiares (hijos/as, nietos/as, hermanos/as), que deberán establecer una relación laboral contractual convencional entre la persona familiar cuidadora y la persona cuidada. También puede utilizarse para acceder al cuidado en centros residenciales. En este ámbito, cubre una parte

del gasto de atención personal o de cuidados que se proporciona en los centros, en función de la renta de la persona usuaria.

Además de la APA, existen varias prestaciones de asistencia social para algunas situaciones concretas, gestionadas por los departamentos o por las cajas del seguro de jubilación, así como una serie de beneficios fiscales que se aplican tanto en la contratación de servicios de cuidado y apoyo doméstico como en el acceso a servicios residenciales.

d. Finlandia

El grueso de la atención a la dependencia se proporciona en Finlandia a través de la asignación de servicios en especie que son, eminentemente, de base domiciliaria. Existe, en todo caso, una prestación de cuidados en el ámbito familiar (*omaishoidon tuen hoitopalkkio*), a la que se asocian una serie de servicios de apoyo, que tiene una importante extensión.

Una parte importante de la atención se proporciona a través del servicio de atención domiciliaria (*kotihoito*), que combina cuidados de enfermería con apoyo en las actividades de la vida diaria (estos servicios se proporcionaban de manera separada hasta 2018, cuando se fusionaron en uno único). El servicio de atención domiciliaria puede percibirse por periodos cortos o de manera regular, con al menos una visita semanal. En 2018, el 30% de las personas mayores de 75 años que accedieron al servicio de atención domiciliaria recibieron entre 1 y 9 visitas mensuales; el 13% recibieron entre 10 y 30 visitas mensuales; el 40%, entre 30 y 90 visitas mensuales —esto es, entre una y tres visitas diarias—, y el 17,1% recibieron más de 90 visitas al mes, lo que supone más de tres visitas diarias.

El apoyo a las tareas domésticas no forma parte del servicio de asistencia domiciliaria y se configura como un servicio independiente. Así, los servicios de apoyo (*tukipalvelu*) incluyen servicios de limpieza, comidas a domicilio, servicio de lavandería, transporte y servicios de apoyo a la participación e inclusión social, mediante el acceso a centros de día, generalmente una vez por semana.

Para aquellas situaciones en las que las necesidades de cuidado no pueden ser cubiertas en la vivienda ordinaria, las comarcas de servicios de bienestar y, anteriormente, los municipios, contemplan una serie de opciones residenciales y semirresidenciales. Por un lado, la atención residencial institucionalizada o convencional (*sosiaalihuollon laitospalvelut*) solo se presta en las situaciones de mayor intensidad y cuando existen unos requisitos médicos o de seguridad que así lo aconsejen, y resulta, en todo caso, una opción muy minoritaria. Por otro, existen una serie de servicios de alojamiento (*asumispalvelut*) que difieren en el nivel de atención que proporcionan a las personas residentes. A pesar de las variaciones territoriales, estos servicios contemplan,

principalmente, la vivienda con apoyos, la vivienda protegida ordinaria (que deberá conformarse como vivienda comunitaria próximamente) y la vivienda protegida de alta intensidad. Recientemente, también se está desarrollando un servicio de acogimiento familiar para personas adultas, por el que las personas mayores o con discapacidad reciben alojamiento y cuidados por parte de personas no familiares, y que reciben una compensación económica de las comarcas por los cuidados que brindan.

Gestionado por la Seguridad Social, el modelo finlandés contempla también una prestación económica para la cobertura de las necesidades de cuidado (*eläkettä saavan hoitotuki*), de muy baja cuantía. Esta prestación es compatible con los servicios de cuidado, y no funciona como alternativa (total o parcial), como ocurre en otros sistemas. Además, como se ha señalado, Finlandia dispone de una prestación económica (*omaishoidon tuen hoitopalkkio*), provista por las comarcas de servicios de bienestar y dirigida a aquellas personas que cuidan de alguien en situación de dependencia o discapacidad, ya sean familiares o amistades cercanas. La cuantía de la prestación viene determinada por las distintas comarcas, en función de la dedicación y la intensidad de los cuidados provistos. Existen, en todo caso, unos mínimos establecidos a nivel nacional, de 461,99 euros mensuales cuando se proveen cuidados de manera continuada o de 879,4 euros mensuales cuando se proveen cuidados de gran intensidad a raíz de un episodio específico, como cuidados al final de la vida o de recuperación tras un accidente grave.

Por otra parte, las personas con discapacidad cuentan también con una serie de servicios adicionales para la promoción de una vida independiente. Estos son, principalmente: servicios de asistencia personal, servicios de transporte para personas con graves dificultades, adaptaciones del hogar y ayudas técnicas o servicios de atención diurna (enfocados a la participación social y la inclusión). Al igual que a las personas mayores, la Seguridad Social también proporciona una prestación para la compensación de gastos a las personas mayores de 16 años con discapacidad (*vuotta täyttäneen vammaistuk*), también de escasa cuantía.

e. España

En España, el catálogo de servicios que contempla la ley de atención a la dependencia está formado por seis grandes servicios: la prestación de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y la atención residencial. Se contempla también una prestación económica de cuidados en el entorno familiar y una prestación para la contratación de asistencia personal, orientada hasta ahora, fundamentalmente, a la prestación de apoyos para la inclusión social y educativa, pero no a la provisión de cuidados. El acceso a estos

servicios se realiza mediante la asignación de una plaza o un servicio por parte de la Administración, si bien también existe una prestación económica —la prestación vinculada al servicio, de carácter teóricamente excepcional—, que financia el acceso directo a una plaza de atención si la Administración no puede ofrecer a la persona una plaza en un centro público o contratado por aquella. Los servicios son los mismos para las personas de todas las edades, si bien para las personas con discapacidad la gama y versatilidad de opciones es mayor.

En 2024, el 30 % de las prestaciones o servicios concedidos corresponden a la prestación de cuidados familiares; el 25 %, a la teleasistencia; el 17 %, al servicio de atención domiciliaria, y el 9 %, a la atención residencial. Las posibilidades de compatibilizar más de un servicio existen, pero son muy limitadas.

f. Italia

La atención a la dependencia y la discapacidad en Italia se proporciona mediante un modelo mixto, que conjuga una prestación económica de ámbito estatal para la compensación de los cuidados familiares con servicios de atención municipales o regionales. Mientras que la primera es de carácter universal y cuenta con una cobertura relativamente extensa, los servicios de atención (que combinan servicios en especie y prestaciones económicas y priorizan la atención de base domiciliaria) son de carácter selectivo. Las personas con discapacidad pueden acceder a algunas prestaciones y servicios adicionales.

En lo que a las prestaciones se refiere, la prestación de acompañamiento (*indennità di accompagnamento*) gestionada por la Seguridad Social y que se concede a todas las personas que acreditan una ausencia de autonomía total y permanente. En 2024, la cuantía era de 531,76 euros mensuales.

En lo que a la cartera de servicios de atención directa se refiere, se encuentran, por un lado, los servicios de base domiciliaria. A pesar de la variación territorial, los principales servicios contemplados son el servicio de asistencia domiciliaria (*assistenza domiciliare sociale*, ADS), y el servicio de asistencia domiciliaria integrada con los servicios sanitarios (*assistenza domiciliare integrata*, ADI). En el marco del catálogo de servicios domiciliarios desarrollado en la reciente normativa, también se han incorporado las adaptaciones del hogar, incluida la teleasistencia, el refuerzo de las intervenciones en la red de proximidad intergeneracional, y las soluciones habitacionales alternativas. En lo tocante a la atención residencial, los servicios existentes se refieren a la atención en centros de día, entendidos como servicios semirresidenciales, y a la atención en centros residenciales.

También cabe señalar la prestación de cuidados (*assegno di cura*) que proporcionan los municipios

o los ámbitos territoriales sociales (ATS), siempre en el marco normativo establecido a nivel regional. La finalidad de esta prestación es fomentar la permanencia en el domicilio de las personas en situación de dependencia, y está diseñada para adquirir servicios de cuidados en el mercado privado (provistos por entidades formales o por asistentes familiares) o para remunerar a las personas cuidadoras del ámbito informal (si bien la remuneración de personas familiares resulta algo ambigua en la legislación más reciente).

g. Japón

En Japón, el catálogo de servicios de cuidados disponibles para las personas en situación de dependencia consta de más de veinte tipos de servicios, que se organizan en torno a tres grandes ámbitos: domiciliario, comunitario y residencial. Entre los servicios domiciliarios, se encuentran el servicio de atención domiciliaria, que incluye tareas domésticas y de cuidado personal; un servicio específico de baño; atención de enfermería; servicios de rehabilitación provistos tanto en casa como en centros especializados, o un servicio de alquiler de ayudas técnicas. También están incluidos los servicios de centro de día y los servicios residenciales de corta estancia, como medida para aliviar la carga de las personas cuidadoras del ámbito informal.

En cuanto a los servicios comunitarios, dado que la organización de estos servicios es de competencia municipal, el catálogo varía considerablemente, aunque incluye, de manera genérica, servicios de visitas domiciliarias diurnas y nocturnas, y servicios de atención en centros de día o centros residenciales de pequeña envergadura. Algunos de estos servicios se proporcionan de manera exclusiva a personas mayores con deterioro cognitivo. En lo tocante a la atención residencial, existen tres principales tipos de centros públicos, que difieren en la duración de las estancias y en el nivel de medicalización con el que cuentan (centros residenciales para personas mayores, centros geriátricos y centros de atención sanitaria, o sanatorios).

En Japón, no existen prestaciones económicas para el cuidado informal ni para el acceso a los servicios de atención directa.

h. Reino Unido

En el Reino Unido, dada la apuesta del modelo británico por la personalización del acceso a los servicios de cuidados y apoyos —que se basa en los principios de autodeterminación, elección y control—, la cartera de servicios correspondiente es amplia y flexible, si bien los servicios contratados deben ajustarse a lo establecido en el plan de apoyos. De este modo, además de los cuidados personales y la asistencia doméstica (esta última no siempre incluida en los paquetes de servicios, como en Escocia),

también se contemplan, de manera generalizada, la asistencia para el ocio, equipamientos y ayudas técnicas, los servicios de respiro, el transporte o los servicios de comidas a domicilio.

En lo que se refiere a la oferta residencial, los dos tipos principales de centros residenciales para personas mayores, a los que también pueden acceder personas con discapacidad, son los llamados *residential care homes* y los *nursing homes*. La principal diferencia entre ambos radica en que los *nursing homes* son centros con presencia permanente de personal de enfermería y atienden, por tanto, a personas con necesidades de cuidados sanitarios más intensas. En cualquier caso, las *residential care homes* suponen el grueso de la oferta. Entre 2022 y 2023, concretamente, de las casi 207 000 personas mayores de 65 años que accedieron a cuidados en contextos residenciales, dos tercios lo hicieron en *care homes*.

Junto con estos centros, existen también otras modalidades de servicios residenciales para aquellas personas que desean vivir de manera autónoma, pero precisan algunos apoyos. Para las personas mayores, existe la opción del *sheltered housing*, o vivienda protegida, que se configura como una vivienda independiente, con zonas y equipamientos comunes, donde se llevan a cabo algunas actividades sociales y donde pueden ofrecerse algunos apoyos concretos. Este modelo también incorpora un sistema de vigilancia las 24 horas. El modelo de *extra care housing*, por otro lado, proporciona un nivel más elevado de atención que el *sheltered housing*, al ofrecer servicios de apoyo tanto para las tareas domésticas como para las actividades de la vida cotidiana.

El cuadro 3 resume las prestaciones económicas de cuidado que existen en cada uno de los países analizados.

2.7. Apoyo a las personas cuidadoras y niveles de familismo

Una de las principales características distintivas de los diferentes modelos de cuidados de larga duración radica en el grado en el que contribuyen a desactivar la atribución de las responsabilidades de cuidado a las familias —o, al contrario, a reforzarlas— y el grado de apoyo prestado a las personas cuidadoras que optan por asumir esas responsabilidades.

Entre los países con una orientación más claramente familista, cabe señalar los casos de Italia, Alemania y España, así como, quizá en menor medida, de Finlandia y el Reino Unido:

- Junto con la extensión de la prestación de cuidados informales a domicilio, el carácter familista del modelo alemán se traduce en la existencia de algunas medidas de apoyo al cuidado prestado en el ámbito informal. Por ejemplo, el seguro de dependencia asume las cotizaciones al seguro de pensiones y de desempleo de aquellas personas

Cuadro 3. Características relacionadas con las prestaciones económicas de cuidado			
	Prestaciones económicas para cuidados familiares	Prestaciones económicas para cuidados profesionales en el hogar	Prestaciones económicas para atención residencial
Alemania	Sí, muy extendidas	Sí, poco extendidas	Sí, abonadas directamente al centro residencial
Canadá	No	Sí, cheque-servicio, exoneración de tarifa y deducción fiscal reembolsable	No
España	Sí, muy extendidas	Sí, excepcionales	Sí, excepcionales
Finlandia	Sí	Sí, poco extendidas	No
Francia	Sí, poco extendidas	Sí	Sí, abonadas directamente al centro residencial
Italia	Sí, muy extendidas	No	No
Japón	No	No	No
Reino Unido (Inglaterra)	Sí	Sí	No, salvo excepciones

Fuente: elaboración propia

con jornadas laborales inferiores a las 30 horas semanales y que brindan cuidados a personas con grados de dependencia 2 a 5, durante al menos 10 horas semanales. Además, cualquier persona cuidadora del ámbito informal también se encuentra exenta de abonar las cotizaciones al seguro de accidentes. Por otro lado, de cara a favorecer la conciliación entre el trabajo de cuidados y el empleo remunerado, las personas trabajadoras pueden acceder a un permiso laboral total o parcial para prestar cuidados en el ámbito informal de hasta seis meses de duración, así como a reducir su jornada laboral en hasta 15 horas semanales durante un periodo máximo de 24 meses.

- En España, el familiarismo se traduce en la amplia extensión de la prestación de cuidados en el entorno familiar, que compensa el trabajo de cuidados realizado por la red familiar, manteniendo los cuidados en la esfera de la familia (con ayuda, en su caso, de cuidadoras contratadas en el mercado informal, a menudo migrantes). Por el contrario, el grado de apoyo a las personas cuidadoras —servicios de respiro o apoyo psicológico, reducciones y excedencias— es reducido.
- También en Italia, la red informal de apoyo constituye la principal fuente de cuidados de larga duración, bien a través de cuidados no remunerados provistos por familiares y personas cercanas, bien a través de la contratación de trabajadoras domésticas y de cuidados,

denominadas *colf* y *badanti*, respectivamente.

Por el contrario, y al margen de la prestación de acompañamiento, las medidas de apoyo al cuidado informal se encuentran muy poco desarrolladas y se configuran, principalmente, como permisos laborales retribuidos para el cuidado: un permiso laboral especial de tres días y un permiso laboral extraordinario. Con una duración máxima de dos años, este permiso está dirigido a personas trabajadoras con responsabilidades de cuidado de un familiar —generalmente conviviente— con discapacidad grave. Aunque el permiso está retribuido al 100 %, existe un límite anual de ingresos que no puede superarse.

- Si bien Finlandia no se suele identificar a menudo como un modelo familiarista, dispone, como se ha dicho, de un modelo de cuidados domiciliarios muy desarrollado, así como de una prestación de cuidados en el entorno familiar, con una relativamente amplia cobertura (*omaishoidon tuen hoitopalkkio*), que lleva aparejados una serie de servicios de apoyo y respiro para las personas cuidadoras.
- El modelo británico se caracteriza por ofrecer un nivel y una variedad elevada de servicios para las personas cuidadoras. En efecto, en el Reino Unido, las personas cuidadoras del ámbito informal también pueden acceder a herramientas de personalización para la adquisición de servicios de apoyo, destinados a garantizar su bienestar físico y emocional y a promover la continuidad del cuidado que brindan.

En general, el acceso a servicios de apoyo para las personas cuidadoras a través de presupuestos personales, apoyo autodirigido o pagos directos se rige por los mismos mecanismos que el de las personas usuarias: valoración de las necesidades, valoración de la capacidad económica (en algunos casos), plan de apoyos y acceso a herramientas de personalización. Entre los principales servicios a los que pueden acceder las personas cuidadoras en el Reino Unido se encuentran: apoyo para la realización de tareas domésticas; apoyo para fomentar el bienestar personal, como una suscripción a actividades deportivas; aparatos tecnológicos de apoyo al cuidado; cobertura de gastos de desplazamiento en relación con la labor de cuidados, y servicios de respiro. Estos últimos se refieren, principalmente, a estancias residenciales temporales, a la contratación de personal de relevo o a la atención diurna.

Existen también en el Reino Unido, básicamente en el ámbito de la Seguridad Social, una serie de prestaciones económicas orientadas a cubrir los gastos de las personas cuidadoras. La prestación principal es el llamado *carer's allowance*: se trata de una prestación condicionada al nivel de renta y que se concede a las personas que cuidan de otra persona durante al menos 35 horas semanales, siempre que tanto la persona cuidada como la cuidadora cumplan una serie de requisitos (entre ellas, la percepción de salarios muy bajos). La cuantía de la prestación es de unas 300 libras

mensuales. Por otro lado, se ha introducido recientemente en Inglaterra, Gales y Escocia un permiso laboral no retribuido para el cuidado de personas dependientes (Carer's Leave Act, 2023).

Los países menos familiaristas y/o con un menor grado de apoyo al cuidado familiar presentan estas características:

- Canadá basa fundamentalmente su sistema de apoyo en deducciones fiscales para las personas cuidadoras.
- En Francia, el apoyo a las familias se articula, además de a través de los servicios de apoyo domiciliario ya descritos y de la posibilidad de que un pariente —aunque no el cónyuge— pueda prestar los servicios de apoyo, en la existencia de una gama relativamente amplia de permisos y reducciones de jornada para el cuidado, de carácter remunerado.
- El modelo japonés podría considerarse como no familiarista, en la medida en que no contempla prestaciones económicas para el cuidado familiar. El nivel de apoyo al cuidado familiar es también muy reducido. Además de los servicios de respiro, se basa fundamentalmente en las medidas de conciliación que buscan facilitar la compaginación de las responsabilidades laborales y de cuidados para las personas trabajadoras. El permiso de persona cuidadora consiste, en la actualidad, en la posibilidad de dedicar hasta 93 días anuales (repartidos como máximo en tres periodos diferenciados) al cuidado de una persona del entorno familiar que requiere cuidados de larga duración de más de dos semanas de duración. De manera similar, las personas trabajadoras pueden acceder a hasta cinco días anuales de permiso para el cuidado de personas familiares que precisan atención puntual.

Más allá del análisis realizado en este apartado, lo cierto es que otros trabajos han clasificado en otros términos la situación de cada país. El cuadro 4 recoge cómo clasifican los países europeos analizados en este apartado dos de los trabajos más recientes (Lee *et al.*, 2023; Bartha y Zentai, 2020).

2.8. Participación y capacidad de elección

La participación y capacidad de elección de las personas usuarias resulta un elemento clave a la hora de comparar los sistemas de cuidados de larga duración de los diferentes países. Si bien no siempre resulta sencillo valorar la capacidad de participación o elección que subyace a cada sistema, cabe señalar algunos elementos relevantes en los países analizados:

- En Alemania, las personas usuarias cuentan con una relativamente alta capacidad de control y elección a la hora de organizar los cuidados que desean, pudiendo elegir tanto las modalidades

Cuadro 4. Modelo de familiarismo atribuido a los diferentes países analizados		
	Lee <i>et al.</i> (2023)	Bartha y Zentai (2020)
Alemania	Familiarismo apoyado	Modelo débil de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado
España	Familiarismo por defecto	Modelo débil de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a no apoyado
Finlandia	Desfamiliarismo	Modelo fuerte de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado
Francia	Familiarismo apoyado	Modelo débil de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado
Italia	Familiarismo por defecto	Modelo fuerte de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a no apoyado
Reino Unido	Familiarismo apoyado	Modelo débil de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado

Fuente: elaboración propia a partir de los trabajos señalados

como las entidades o personas proveedoras del cuidado⁹. De este modo, las personas usuarias pueden decidir entre recibir cuidados domiciliarios prestados por personal profesional o por familiares o amistades, acceder a fórmulas alternativas de vivienda o ser atendidas en centros residenciales convencionales. A su vez, el modelo alemán se asienta sobre una lógica de competencia entre proveedores y de libre elección por parte de la persona usuaria —como vía para potenciar la calidad y la asequibilidad de los servicios—, por lo que la capacidad de elección, desde esta perspectiva, es también elevada.

- En Canadá, se han ido incorporando mayores posibilidades de elección de los servicios, especialmente mediante la introducción de prestaciones para la contratación directa de asistencia en el domicilio, pero no puede decirse que la capacidad de elección haya sido considerada hasta ahora una prioridad.
- En Finlandia, la gama de opciones es relativamente alta e incluye tanto servicios de apoyo en el domicilio, como residenciales y prestaciones de apoyo al cuidado familiar. En todo caso, dado que los cuidados de larga duración fineses son organizados, en su mayor parte, por los servicios sociales, y prestados en especie, el grado de decisión con el que cuentan las personas usuarias y sus familias es relativamente bajo o, como mucho, intermedio. En este contexto, el actual impulso a los cheques-servicio responde a la intención de otorgar una mayor capacidad de elección a las personas usuarias, dado que les permite elegir entre distintos proveedores privados (que deben, no obstante, estar acreditados por los

⁹ Obviamente, esta capacidad está condicionada por muy diversos factores como la disponibilidad de recursos económicos, más allá de las cuantías garantizadas por el seguro de dependencia o la oferta de servicios disponibles en el territorio de residencia.

servicios sociales para operar mediante el sistema de cheque-servicio).

- El modelo francés de acceso a los cuidados de larga duración se sustenta sobre prestaciones económicas personalizadas y adaptadas a las necesidades y preferencias de las personas usuarias. Subyace a este modelo un principio de libertad de elección que se aplica tanto en al escoger los servicios financiados por la prestación como el tipo de proveedor. Las personas mayores cuentan con amplia capacidad de elección a la hora de decidir si acceden a la APA para su uso en el ámbito domiciliario o residencial; para establecer si esta se destina a contratar un servicio formal o a remunerar a una persona cuidadora informal, o para determinar, en caso de optar por un servicio residencial, si este será un recurso gestionado por entidades públicas o por entidades privadas, con o sin ánimo de lucro.
- La lógica de la elección está en gran medida ausente del diseño del sistema español de cuidados de larga duración. Ciertamente, las personas pueden elegir entre la prestación de cuidados en el entorno familiar y las prestaciones de servicios formales, residenciales o a domicilio. Sin embargo, la escasa cobertura e intensidad de los servicios de atención directa impiden en la práctica esa posibilidad. A ello se suma la escasa variedad del catálogo de servicios, una escasísima capacidad de elección de las entidades proveedoras de la atención domiciliaria o residencial, y limitaciones importantes a la hora de compatibilizar servicios.
- El modelo italiano de atención a la dependencia y la discapacidad no cuenta con mecanismos específicos de personalización del acceso a los servicios de cuidados. En este sentido, la participación de las personas usuarias y sus familias en la configuración de los paquetes de atención es limitada, dado que la atención es organizada —aunque no necesariamente prestada— por los servicios sociales. Algunas regiones han introducido prestaciones de cuidados o cheques-servicio para la adquisición de cuidados en el mercado privado, ampliando, al menos parcialmente, la capacidad de elección y control con la que cuentan las personas usuarias sobre el acceso a los servicios. Es en el marco de la prestación de acompañamiento, en cualquier caso, donde las personas usuarias ejercen un mayor control sobre los servicios contratados, al ser una prestación no sujeta a monitorización ni restricciones. Desde esta perspectiva, la principal limitación a la personalización no deriva del propio mecanismo, sino de las reducidas cuantías asignadas, que no superan los 600 euros mensuales para las personas mayores de 65 años.
- Aunque el modelo japonés de atención a la dependencia solo proporciona servicios en especie, uno de sus principios básicos se refiere a la orientación hacia la persona usuaria y su participación en la toma de decisiones respecto

a los cuidados recibidos. En este sentido, las personas en situación de dependencia ejercen un cierto grado de elección y control sobre los servicios a los que acceden, dado que, siempre dentro de los límites establecidos en función de los niveles de dependencia, las personas pueden elegir tanto el tipo de servicio como la entidad proveedora. En efecto, si se opta por cuidados de ámbito domiciliario o comunitario, las personas usuarias deben elegir también una agencia —pública o privada, pero siempre gratuita— para la elaboración de un plan de cuidados, que asignará una persona gestora de caso. En colaboración con la persona usuaria y su familia, y siempre basándose en sus preferencias y ajustándose al presupuesto establecido, la persona gestora elabora un plan de cuidados y se encarga de organizar la contratación de los servicios con la entidad elegida por la persona usuaria.

- En el Reino Unido, la lógica de la personalización ha adquirido gran relevancia, en términos conceptuales y en lo que se refiere al diseño de las políticas (aunque no tanto, quizás, en su aplicación real). En ese sentido, puede decirse que el sistema británico se caracteriza por la personalización del acceso a los servicios de atención y establece una notable diversidad y flexibilidad de fórmulas que permiten combinar los servicios prestados en especie con prestaciones económicas. Junto con los Países Bajos, y con un éxito relativo, el Reino Unido se ha configurado como un país pionero en el desarrollo de fórmulas que buscan personalizar el acceso a los servicios de cuidados y apoyo. Aunque existen diferencias territoriales en este sentido, el sistema británico combina la asignación directa y convencional de los servicios en especie con prestaciones económicas. Estas últimas se configuran, generalmente, como pagos directos —una prestación económica que la persona usuaria percibe y administra para financiar los servicios que precisa—, o como fondos o presupuestos personales, esto es, una asignación económica, administrada por la autoridad local o por una entidad externa, y con la que se financian los servicios escogidos por la persona usuaria¹⁰.

El cuadro 5 recoge, de forma simplificada, la situación de cada uno de los países analizados respecto a la capacidad de elección de las personas usuarias y la flexibilidad en la configuración del paquete de servicios.

¹⁰ En este caso, la persona usuaria no accede directamente al fondo económico ni se implica en su gestión, pero sí conoce la cuantía asignada y determina qué servicios contratar y con qué proveedores hacerlo.

Cuadro 5. Características relacionadas con la capacidad de elección de las personas usuarias y la flexibilidad en la configuración del paquete de servicios			
	Grado de capacidad de elección de los servicios y prestaciones	Grado de flexibilidad en la composición del paquete de atención	Grado de capacidad de elección del proveedor de los servicios
Alemania	Alto	Alto	Alto
Canadá	Medio	Medio	Bajo
España	Medio	Bajo	Bajo
Finlandia	Medio	Medio	Medio
Francia	Alto	Alto	Alto
Italia	Bajo	Bajo	Bajo
Japón	Alto	Alto	Alto
Reino Unido (Inglaterra)	Medio	Medio	Medio

Fuente: elaboración propia

2.9. Características del empleo en el sector

En los países analizados, el sector de los servicios sociales concentra a entre el 2,4 % y el 13,2 % de la población ocupada, si bien en los países con mayor nivel de ocupación —Canadá y Japón— las estadísticas incluyen también al personal empleado en el ámbito sanitario. Los datos de la OCDE sobre el número de trabajadores de cuidados por cada cien personas mayores resultan algo más homogéneos. Los datos sobre el salario medio que se percibe en

el sector tienen también un grado de variabilidad alto, aunque en todos los países es inferior al salario medio —especialmente, en España, Italia y el Reino Unido— y, en general, resulta más bajo en el sector domiciliario.

En todo caso, de acuerdo con los datos de la tabla 3, Finlandia se caracteriza por un elevado grado de ocupación en los servicios sociales y salarios relativamente cercanos a los del conjunto del mercado. En Francia, también puede hablarse de niveles elevados de ocupación y una brecha salarial menos pronunciada que en otros países, mientras que Japón y Alemania registran tasas relativamente elevadas de ocupación y brechas salariales no particularmente pequeñas. España, el Reino Unido e Italia, por su parte, presentan tasas de empleo más bajas y una brecha salarial más alta.

Los datos sobre el perfil de las personas trabajadoras son desiguales, pero cabe destacar las siguientes ideas al respecto:

- El perfil del personal empleado en el sector formal en Alemania es mayoritariamente femenino (84,3 %) y de nacionalidad alemana. En cualquier caso, en los últimos años se ha dado un incremento significativo del personal de origen extranjero en el sector, que ha pasado de suponer el 8 % en 2017 al 14 % en 2022. La contratación de trabajadoras domésticas de origen extranjero, generalmente en modalidad de interna y a través del empleo informal, constituye un fenómeno de amplio alcance en Alemania. La mayor parte de estas mujeres proceden de países del Este de Europa —principalmente, Polonia—, tienen más de 50 años, no cuentan con cualificaciones formales

Tabla 3. Indicadores de ocupación y calidad del empleo

	Ocupación ^a	Ocupación ^b	% empleo femenino	Salario medio horario en el sector residencial ^c	Salario medio horario en el sector domiciliario ^c
Alemania	6,3	5,5	84,3	67	64
Canadá (Quebec)	5,1	3,8	89,1	—	—
España	3,1	4,9	81,6	63	60
Finlandia	9,4	4,3	—	80	70
Francia	7,1	6,3 ^d	—	71	69
Italia	2,4	—	—	62	59
Japón	13,2	6,8	—	65	723 ^f
Reino Unido (Inglaterra)	4,4	1,2 ^e	—	56	57

^a Población ocupada en el ámbito de los Servicios Sociales (Q87 y Q88) con relación a la población ocupada (Eurostat, 2022)

^b Número de personas trabajadoras de cuidados por cada 100 personas mayores (OCDE, 2021a)

^c Porcentaje sobre el salario medio nacional, en 2018 (OCDE, 2023b)

^d Libault (2019)

^e Datos relativos a 2017

^f Estimación a partir de Fu *et al.* (2023)

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes señaladas

y llevan a cabo su labor bajo condiciones de precariedad¹¹. Por otra parte, el contexto de los cuidados formales de larga duración alemanas se caracteriza por un alto grado de cualificación del personal: en 2021, solo el 11 % del personal trabajador de cuidados domiciliarios y el 11,6 % del personal de atención directa en centros residenciales carecía de titulación profesional.

- En Canadá, se ha destacado la baja profesionalización del sector residencial, que cuenta con elevados porcentajes — hasta el 80 %— de personal de atención directa no profesional, bajo la figura de auxiliares o asistentes sociosanitarios (los denominados *care aides* y *orderlies*). Tanto estas figuras profesionales como el personal de apoyo domiciliario (*home support worker*) carecen de un marco regulatorio estatal que estipule requisitos formativos o sistemas de acreditación. El perfil profesional del ámbito residencial es mayoritariamente femenino y cuenta con un alto porcentaje de personas de origen extranjero. Este patrón se repite en el ámbito de la atención domiciliaria, caracterizado por una fuerza laboral fuertemente feminizada (89 %) y de origen extranjero (63 %).
- En España, se caracteriza por el papel de las cuidadoras migrantes en los servicios informales de cuidado —generalmente directamente contratada por las familias a menudo de forma irregular y como internas (con presencia 24 horas)— y su escasa presencia en los servicios de atención formal, especialmente residencias y centros de día. Se han desarrollado, por otra parte, esfuerzos para mejorar la cualificación y la formación de este personal, si bien los resultados de estos esfuerzos no siempre han sido los esperados. El sector se caracteriza también por condiciones laborales (salarios bajos, jornadas parciales, contratos temporales) peores que en otros sectores económicos.
- En Finlandia, la gran mayoría de las personas ocupadas en el sector (el 73,7 %) cuentan con estudios medios, mientras que casi el 20 % tienen estudios superiores y solo el 6,6 % del personal formal de atención tiene un nivel de estudios bajo. Por otra parte, el empleo de cuidados de larga duración tiende a ser predominantemente estable: el 80 % del personal contaba con un contrato

laboral permanente y el 73 % se encontraba empleado a jornada completa.

- En Francia, más allá del número de personas ocupadas, se ha puesto de manifiesto, entre los desafíos del sistema, la falta de formación del personal de atención, la cual limita la calidad de la atención provista, y las malas condiciones laborales, que generan un sector profesional muy poco atractivo y enfrentado a notables dificultades en la retención del personal contratado.
- En Italia, el perfil de las cuidadoras, o *badanti*, es fundamentalmente femenino (91,6 %) y de nacionalidad extranjera (72,7 %), principalmente provenientes de Rumanía, Ucrania y Filipinas. No obstante, durante la última década se ha reducido progresivamente el número de personas de origen extranjero contratadas en el sector doméstico, frente al aumento de aquellas con nacionalidad italiana; también lo ha hecho la proporción de personas empleadas en la modalidad de interna, que en 2021 era del 33 % (Notarnicola y Perobelli, 2022). Dada la naturaleza de este empleo, el nivel formativo de las mujeres contratadas tiende a ser bajo y no existen requisitos mínimos al respecto.
- En Japón, aunque no es un requisito formal el contar con formación especializada, existe un sistema de niveles profesionales para ejercer en el sector, así como titulación oficial específica, y las entidades tienden a contratar en mayor medida a personas cualificadas. En este sentido, la situación es algo paradójica en el país, ya que, a pesar de no existir un nivel formativo mínimo de acceso al trabajo de cuidados, gran parte del personal (hasta el 40 % en 2016) cuenta con niveles educativos superiores.
- En Inglaterra, el perfil del personal profesional empleado es fundamentalmente femenino (81 %) y de nacionalidad británica (81 %). A pesar de que la gran mayoría (88 %) de personas contara en 2023 con un contrato permanente, poco más de la mitad fueron contratos a tiempo completo (52 %). En efecto, hasta un quinto (22 %) de la fuerza laboral se encontraría contratada a través de los llamados contratos de cero horas, en los que la carga horaria semanal varía en función de las necesidades puntuales que requiera el empleo, que pueden llegar a las cero horas. Por otro lado, la regulación relativa al personal de cuidados de larga duración en el Reino Unido es de carácter genérico y únicamente establece que los proveedores de servicios deberán contar con un número suficiente de personas adecuadamente cualificadas, competentes y con experiencia previa para satisfacer las necesidades de las personas usuarias de los servicios en todo momento. Tampoco se establecen requisitos mínimos en lo que a la formación del personal profesional se refiere, aunque sí existe una titulación específica, el *care certificate*, introducida por el organismo responsable de la captación y cualificación del personal en el ámbito de los servicios sociales

¹¹ Ante los altos costes de copago que conlleva el modelo alemán, la mano de obra migrante y femenina se ha consolidado como un recurso extendido entre aquellas personas que presentan elevadas necesidades de cuidado y que no pueden costear el total de la atención que precisan en el mercado formal. Aunque no resulta sencillo determinar su extensión, dada la opacidad en la que se desarrolla esta actividad, se ha señalado que las cuidadoras internas podrían llegar a representar el 25 % del conjunto de trabajadoras del sistema alemán de cuidados de larga duración (Edmunds *et al.*, 2021, cit. en Montero, 2023). Algunas de las estimaciones más recientes sugieren que la cifra de cuidadoras internas se situaría alrededor del medio millón de personas en Alemania, donde hasta un 90 % estaría llevando a cabo esta labor de manera irregular (Benahza y Lutz, 2019; Montero, 2023). Este fenómeno también ha generado la proliferación de agencias intermediarias de contratación, que operan junto con agencias de reclutamiento en los países de origen.

como un estándar mínimo de calidad, dirigido a personal de atención directa que inicia su carrera en el sector.

En la gran mayoría de países puede hablarse, en cualquier caso, de problemas importantes para la captación y la retención del personal de cuidados:

- En Inglaterra, por ejemplo, se ha señalado que la viabilidad y capacidad de las entidades proveedoras de servicios, así como la calidad de estos, se encuentra amenazada por las dificultades de reclutamiento y retención de personal y por el aumento de los costes asociados a la provisión de los servicios financiados públicamente. Las dificultades en la contratación alcanzaron su máximo en 2021-2022, con una tasa de puestos vacantes del 10,6 %. La inclusión del personal de cuidados en la lista de puestos de difícil cobertura (que facilita la contratación de personal de origen extranjero para determinados empleos) parece haber resultado en una leve mejora, ya que la tasa en 2022-2023 ha descendido hasta el 9,9 %, situándose, en cualquier caso, muy por encima de la media del mercado laboral en su conjunto (3,4 % en 2023) (OCDE, 2023b).
- En Alemania, en 2017 se calculaba que había 22 personas desempleadas por cada 100 puestos vacantes en el sector. Algunas proyecciones sitúan entre 135 000 y 150 000 el número de puestos equivalentes a tiempo completo (cualificados) que serían necesarios en 2035 para hacer frente a la demanda de cuidados (Flake *et al.*, 2018). En este contexto, desde 2019 se han introducido medidas para incrementar el número de personas trabajadoras de los cuidados de larga duración, mejorar las condiciones laborales del sector y fomentar la capacitación profesional.
- También en Canadá, la contratación y retención de personal trabajador de los cuidados se perfila como un importante desafío. En lo que se refiere específicamente a Quebec, se estima que, para dar respuesta a la creciente demanda, antes de 2040 deberían crearse más de 6000 puestos equivalentes a tiempo completo en el ámbito de la atención residencial y domiciliaria, y contratar a hasta 45 000 personas para cubrir puestos auxiliares en el conjunto del sistema de cuidados de larga duración (CSBE, 2024).
- Se estima que Finlandia necesita al menos 24 000 profesionales adicionales. La falta de atractivo de este sector se ha señalado como una de las principales causas del bajo relevo generacional que en él se da. En la atención a domicilio, concretamente, se ha apuntado a la sobrecarga laboral —a raíz de una falta de recursos y tiempo de atención— como uno de los factores que ha impulsado el abandono de la profesión en los últimos tiempos. Ante la falta mano de obra, que amenaza la disponibilidad de los servicios de atención y cuidados, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad ha puesto en marcha el

Programa de Buen Trabajo, que busca relanzar el sector y hacerlo más atractivo.

- También en Italia, a pesar de la baja cobertura de los servicios formales de atención, desde 2020 se ha identificado una notable carencia de personal en el sector de atención a personas mayores, que se atribuye principalmente a una escasez estructural del personal profesional. Esta escasez afecta en mayor medida al sector residencial y, concretamente, a las figuras profesionales sanitarias.
- Algo similar ocurre en España, donde se detecta escasez del personal de mayor cualificación, como el de enfermería, particularmente en el ámbito residencial.
- En Japón, la contratación del personal profesional de cuidados presenta importantes obstáculos derivados de diversos factores, como los bajos salarios o la reducida duración de los contratos. Algunas estimaciones apuntan a que, en 2025, harían falta 320 000 efectivos más para cubrir la demanda, y esta escasez irá en aumento a medida que se agudice el fenómeno del envejecimiento poblacional que caracteriza al país.

2.10. Entidades proveedoras de servicios

En lo que se refiere a las características de las entidades proveedoras de servicios, no existen bloques nítidos sino, más bien, un continuo que va de más a menos en lo que se refiere a la provisión directa por parte del sector público y, a la inversa, a la participación de entidades privadas con o sin fin de lucro:

- Finlandia es uno de los países en los que el peso de la provisión pública es más relevante, aunque ese protagonismo se haya reducido en los últimos años. Los datos sobre el servicio de atención domiciliaria de 2019 (que se refieren exclusivamente al apoyo domiciliario, sin tener en cuenta los servicios de enfermería) ponen de relieve que alrededor del 88 % de las visitas domiciliarias realizadas a hogares de personas mayores las llevaron servicios públicos (tanto propios como contratados a otras entidades públicas), mientras que el 11,3 % corrió a cargo de proveedores privados. La proporción de servicios contratados a entidades privadas ha aumentado en ocho puntos desde 2009, cuando se situaba en el 3,2 %.

La contratación de servicios a proveedores privados es, en todo caso, notablemente superior en la atención residencial. En 2022, de las casi 2600 personas que accedieron a centros residenciales institucionales para personas mayores en el marco de los servicios sociales públicos, alrededor de 500, un 19,5 %, lo hizo en centros de titularidad privada, con o sin ánimo de lucro, una proporción algo superior a la registrada en 2009, cuando fue de 13,4 %. En los servicios de vivienda protegida de alta intensidad, que

se configuran como la opción mayoritaria, el porcentaje de personas atendidas en centros de titularidad privada, con o sin ánimo de lucro, es significativamente mayor y alcanza casi el 60 %, una proporción no muy alejada de la registrada en 2009. La creciente presencia de empresas mercantiles en este sector parece concentrarse en unos pocos proveedores de gran tamaño, en detrimento, además, de las organizaciones del tercer sector sin ánimo de lucro.

- La provincia canadiense de Quebec se caracteriza también por un protagonismo importante del sector público. En 2021, Quebec contaba con 440 centros residenciales, en su gran mayoría de titularidad pública. Por el contrario, el 12 % de esos centros eran de titularidad privada, si bien la falta de información no permite establecer si tenían ánimo de lucro o no. En cualquier caso, estas proporciones difieren notablemente del conjunto de Canadá. Así, y aunque el porcentaje varía en las diferentes provincias y territorios, se calcula que, en el conjunto del país, aproximadamente el 46 % de los centros residenciales son de titularidad pública, el 29 % pertenecen a entidades privadas con ánimo de lucro, y el 23 %, a entidades privadas sin fin de lucro (no se dispone de información para el 2 % restante). En lo tocante a la atención domiciliaria, los servicios pueden ser provistos directamente por el personal de los centros integrados de atención social y sanitaria (CISSS/ CIUSSS), o ser subcontratados a entidades de la economía social y solidaria de apoyo doméstico o a agencias privadas. En 2019-2020, el 41 % de los servicios del servicio de asistencia domiciliaria fueron realizados por personal propio, y el 59 % restante por entidades externas, en su gran mayoría privadas.
- Francia, por su parte, representa un modelo mixto, en el que se combina la presencia del sector público, las entidades sin fin de lucro y las entidades con fin de lucro. Como se ha dicho, las personas mayores que acceden a la APA cuentan con un amplio margen de decisión a la hora de seleccionar los servicios que desean, así como la entidad prestadora (siempre, lógicamente, que exista una oferta de servicios suficiente en la zona de residencia). De hecho, en Francia, tanto en el ámbito de la ayuda a domicilio como de la atención residencial, es teóricamente posible elegir entre proveedores públicos, privados con fin de lucro y privados sin fin de lucro. De esta forma, en lo tocante a los EHPAD, predominan aquellos de titularidad privada (55 %), con un mayor porcentaje de centros sin fin de lucro, que suponen casi un tercio del total (31 %). El 45 % de los centros son de titularidad pública. En lo relativo a los servicios formales de atención domiciliaria, las entidades proveedoras son, en su mayor parte, entidades privadas sin fin de lucro (60 %) o empresas privadas (29 %). Solo un 11 % de las entidades que proveen este servicio son públicas.
- También en Japón los tres sectores conviven de forma relativamente equilibrada. La introducción

del seguro de cuidados de larga duración en el año 2000 conllevó la necesidad de ampliar la oferta de servicios de atención a nivel nacional, para así dar respuesta a la creciente demanda que se planteaba. Con el objeto de atraer a operadores privados al sector de los cuidados, se permitió, en el ámbito de la atención domiciliaria y comunitaria, la entrada de entidades con ánimo de lucro. Dado que el objetivo era favorecer este tipo de atención frente a los cuidados residenciales, la participación del sector privado con ánimo de lucro en este ámbito permaneció restringida. Este sistema se mantiene en la actualidad, donde conviven los servicios públicos, que operan principalmente en el ámbito residencial, y las entidades privadas, tanto de iniciativa social como mercantiles. De este modo, en lo que a la atención residencial se refiere, las tres principales categorías de centros residenciales (centros residenciales, centros geriátricos y centros de atención sanitaria) son de titularidad pública, pudiendo estar gestionadas por entidades sin ánimo de lucro o por los propios municipios¹².

Alemania, el Reino Unido, España e Italia son ejemplos del protagonismo de las entidades privadas con fin de lucro, a veces en convivencia con servicios públicos o con entidades sin fin de lucro:

- En Alemania, las personas que acceden a las prestaciones de cuidados cuentan con un amplio margen de decisión a la hora de seleccionar los servicios a los que desean acceder, bajo una lógica mercantil que asigna un papel preponderante al mercado y a la competencia entre proveedores. Este enfoque también responde a un modelo asentado sobre la subsidiariedad, donde la Administración solo tiende a intervenir cuando el mercado y la iniciativa social no son capaces de dar respuesta a las necesidades. Surge así un contexto dominado por el sector privado, con o sin afán de lucro, y donde el papel de las entidades públicas resulta muy minoritario.

En 2021, el sector de servicios domiciliarios contaba con un total de 15.376 entidades proveedoras, de las que más de dos tercios eran de titularidad privada con fin de lucro. Esta proporción ha aumentado en más de seis puntos porcentuales en la última década. La situación es algo diferente en el contexto residencial, con una mayor presencia de entidades sin fin de lucro. Así, en 2021, de los 16.115 centros residenciales presentes en el territorio, algo más de la mitad

¹² En 2016, había un total de 12 335 centros residenciales públicos, que gestionaban algo más de 880 000 plazas y 11 739 centros de titularidad privada, con una capacidad notablemente inferior, de 480 000 plazas concretamente. Esto supone unas tasas de cobertura de 26 plazas públicas y 13 plazas privadas por cada 1000 personas mayores de 65 años. En el ámbito de la atención domiciliaria, la presencia del sector privado resulta más significativa. Los datos más recientes señalan que, de las cerca de 250 000 entidades prestadoras del servicio de atención domiciliaria, el 70 % pertenecían a entidades privadas con ánimo de lucro, y alrededor del 30 % restante estaban gestionadas por entidades privadas de iniciativa social.

se encontraban gestionados por entidades privadas sin fin de lucro. Las entidades privadas con fin de lucro gestionaban, por otro lado, el 44,3 % del total de centros, una proporción que ha crecido ligeramente desde 2011. Los servicios residenciales provistos por el sector público, por último, suponían algo menos del 5 % del total, una proporción en todo caso algo mayor que en el ámbito de los servicios domiciliarios.

- En el Reino Unido, las entidades privadas, con o sin fin de lucro, juegan un papel mayoritario en la provisión de servicios de cuidados de larga duración. Inglaterra es quizá el caso más claro. Allí, desde los años noventa, la provisión de los servicios de cuidados se ha ido transformando y en la actualidad opera en gran medida como un mercado dominado por entidades privadas mercantiles. Del total de empleos en el sector de los cuidados de larga duración en 2023, más de tres cuartas partes (78 %) correspondían al sector privado, mientras que un 7 % correspondía a autoridades locales y otro 7 %, a puestos de cuidados de larga duración del Servicio Nacional de Salud (el 8 % restante correspondía a personal contratado a través de pagos directos). Se estima también que aproximadamente el 73 % de los empleos en el sector privado se llevan a cabo en entidades privadas mercantiles y el 27 % restante, en entidades del tercer sector (lo que supone un 58 % y un 21 % del total, respectivamente) (Skills for Care, 2023).
- En España, no hay datos sobre los servicios de atención domiciliaria, si bien la gran mayoría de los servicios son prestados por entidades privadas con fin de lucro. La provisión directa por parte de los ayuntamientos, con personal propio, es muy escasa, así como la presencia de cooperativas o entidades del tercer sector en este ámbito. En lo que se refiere a los centros residenciales, en torno al 25 % son de titularidad pública, y el 75 %, de titularidad privada, con o sin fin de lucro. En la medida en que la gestión puede estar encomendada a entidades de diverso tipo, al margen de la titularidad, el 55 % de los centros está gestionado por entidades privadas con finalidad de lucro; el 14 %, por entidades públicas, y el 30 %, por entidades privadas sin fin de lucro.
- Las características del sistema italiano de cuidados de larga duración — con un elevado protagonismo de la prestación de acompañamiento y el recurso al cuidado informal, junto con la baja cobertura de los servicios de atención directa— no han dejado un amplio margen para el desarrollo del sector formal en este ámbito. En todo caso, la mayor parte de los servicios de atención directa son provistos por entidades privadas sin ánimo de lucro, en virtud de una trayectoria de concertación de los servicios públicos con el tercer sector social iniciada hace más de dos décadas y que se ha consolidado en el tiempo.

Más concretamente, la mitad de las plazas en centros residenciales socioasistenciales y sociosanitarios pertenecían, en 2020, a entidades

privadas sin ánimo de lucro, algo más de un cuarto eran de titularidad privada con fin de lucro, mientras que el 23 % restante eran de titularidad pública. En términos evolutivos, la proporción de plazas en centros de titularidad pública ha descendido desde 2009, mientras que la de plazas en centros privados ha aumentado, si bien este aumento ha sido mayor entre los centros privados sin ánimo de lucro (5,5 puntos) que entre los privados con ánimo de lucro (2,7 puntos). Recientemente, se ha puesto de relieve que, a pesar del tradicional protagonismo del tercer sector social en el ámbito de la atención residencial, resulta cada vez mayor la presencia de grandes grupos multinacionales en el sector.

2.11. Integración sociosanitaria

En lo que al desarrollo de la coordinación o integración sociosanitaria se refiere, cabe atender a los mecanismos o fórmulas desarrolladas para garantizar una continuidad eficiente y eficaz de la atención que reciben las personas cuando precisan servicios de salud y servicios sociales de cuidados, así como a la existencia de un espacio sociosanitario independiente o identificable. En el marco de los países analizados, puede distinguirse entre aquellos que cuentan con sistemas más o menos sólidos de coordinación y/o integración entre el sistema de salud y el de servicios sociales, frente a los que presentan contextos fragmentados con escasa articulación entre uno y otro ámbito:

- Tanto en Finlandia como en Canadá (Quebec), puede hablarse de un nivel de coordinación e integración sociosanitaria alto, en la medida en que la atención a la dependencia y la atención sanitaria se organizan en un mismo dispositivo, que puede decirse sociosanitario. En Finlandia, que cuenta con una larga trayectoria de impulso a la coordinación sociosanitaria, las recién creadas comarcas de servicios de bienestar organizan y/o proveen tanto los servicios de salud como los servicios sociales. De manera similar, el sistema quebequés organiza la atención a través de centros integrados de atención social y sanitaria (CISSS/CIUSSS) que operan a nivel regional. Estos centros son los encargados de coordinar el conjunto de la atención provista en sus respectivas regiones, debiendo asegurar una provisión coordinada, continuada y de calidad en toda la red local de servicios, donde se incluyen los centros locales de servicios comunitarios (CLSC) y los centros residenciales (CHSLD).
- En Alemania, por otro lado, el seguro de dependencia se encuentra adscrito al sistema de salud, por lo que también cabe hablar de un nivel elevado de integración sociosanitaria, si bien esto resulta más evidente desde un punto de vista estructural que desde la perspectiva de la provisión de los servicios, donde se observa una cierta fragmentación y niveles de coordinación inferiores a los esperados.

- En Japón, a pesar de la variabilidad territorial que se da en este sentido, destaca la figura del personal gestor de cuidados (en el ámbito domiciliario y comunitario), ya que uno de sus cometidos es el de diseñar —junto con la persona usuaria y su familia— un plan de cuidados de carácter integral, que atienda tanto a las necesidades de cuidados sociales como sanitarias que la persona precisa. Existe también una propuesta para introducir, a partir de 2025, un sistema integrado de cuidados de base comunitaria que integre, a nivel local, tanto la atención sanitaria y de cuidados de larga duración, como los ámbitos de vivienda y los servicios sociales. En la administración central, los esfuerzos más recientes se han centrado en el desarrollo tecnológico para la creación de bases de datos del sistema de cuidados de larga duración equiparables a las del sistema sanitario, de cara a promover la integración de ambos sistemas.
- El Reino Unido se caracteriza por una cierta variabilidad territorial en lo que la coordinación e integración sociosanitaria se refiere. De manera generalizada, el sistema sanitario, a través del Servicio Nacional de Salud, interviene en la financiación de los centros residenciales con cuidados de enfermería (*nursing homes*), así como en la financiación de la atención a las personas con dependencia que presentan necesidades intensas de atención sanitaria (NHS Continuing Healthcare).

Inglaterra ha introducido recientemente cambios legislativos de importante calado que buscan reorganizar el sistema de atención sanitaria y social desde la perspectiva de la integración de la atención. De este modo, la Health and Care Act 2022 formaliza los sistemas de cuidados integrados (que denomina *integrated care systems*, ICS) como fórmulas de colaboración entre el sistema de salud (NHS), los Gobiernos locales y otros agentes (entre los que se encuentran el tercer sector y el sector privado) para planificar la provisión de servicios de atención sanitaria y social en una determinada zona¹³.

También cabe destacar las iniciativas desarrolladas en Escocia e Irlanda del Norte, donde los servicios de atención a la dependencia son prestados por consorcios sociosanitarios en los que se integran el Servicio Nacional de Salud y los ayuntamientos. En efecto, el norirlandés se caracteriza por ser uno de los modelos más desarrollados a nivel europeo en lo que a integración sociosanitaria se refiere.

Por otro lado, Francia, España e Italia presentan contextos notablemente fragmentados y complejos, donde no cabe hablar de espacios sociosanitarios identificables, si bien en todos ellos se están impulsando iniciativas dirigidas a atajar estas cuestiones:

- Francia se caracteriza por una notable parcelación de la atención sanitaria, social y sociosanitaria, que se provee de manera fragmentada y resulta de difícil navegación para las personas usuarias, sus familias y el propio personal profesional de atención. Ante esto, en las últimas décadas se han realizado notables esfuerzos por simplificar este espacio, a través del despliegue de mecanismos o dispositivos de coordinación. Desde 2019, con el propósito de facilitar el acceso y mejorar la calidad de la atención sociosanitaria, estos dispositivos han sido integrados en un único punto de interlocución, los dispositivos de apoyo a la coordinación de los itinerarios de salud complejos (DAC). Es en el ámbito de la atención residencial, no obstante, donde puede observarse un mayor desarrollo de la coordinación sociosanitaria: por un lado, las agencias regionales de salud (ARS) intervienen en los acuerdos de concertación de las plazas residenciales y en la planificación de la oferta residencial; por otro, el sistema de salud financia la atención sanitaria en centros residenciales EHPAD, que además deben contar con la figura del personal médico coordinador, que coordina y planifica los servicios médicos que se ofrecen en los centros.
- También el sistema italiano de cuidados de larga duración adolece de una importante fragmentación, fruto de los diversos sistemas y niveles administrativos que intervienen en la provisión de los servicios (servicios sociales municipales, servicios sanitarios y prestaciones provistas por la Seguridad Social). En este contexto, se ha introducido recientemente un itinerario asistencial integrado, que se conforma como un servicio garantizado de acceso único a los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios. Para ello, se establecen puntos únicos de acceso (PUA), a modo de ventanilla única, compuestos por equipos multidisciplinares en los que intervienen tanto personal del ámbito sanitario como de los servicios sociales. El equipo multidisciplinar realiza una valoración y determina los servicios específicos que precisa la persona —independientemente de su naturaleza—, los cuales se recogen en un plan personalizado de cuidados.
- España, por último, se caracteriza por un muy escaso desarrollo de mecanismos de coordinación sociosanitaria, y por las notables dificultades que se dan a la hora de articular respuestas coordinadas entre el sistema de salud y el de servicios sociales, fuertemente fragmentados y con distintas culturas profesionales. Con todo, existen diferencias regionales y algunas comunidades autónomas han avanzado en mayor medida en la construcción del espacio sociosanitario. El modelo español también adolece de una muy escasa articulación de la atención sanitaria en entornos residenciales, sujeta igualmente a una gran variabilidad. En efecto, aunque la asistencia sanitaria en centros residenciales es competencia del sistema de salud, a través de los centros de atención primaria y los hospitales de referencia,

¹³ La reforma ha recibido notables críticas, en todo caso, en tanto se percibe como un nuevo paso en la privatización del Servicio Nacional de Salud, al permitir la entrada del sector privado en los comités de planificación.

se han constatado notables deficiencias en la coordinación y comunicación entre estos ámbitos.

2.12. Sistemas de evaluación y gestión de la calidad

Como se ha señalado anteriormente, pueden distinguirse tres grandes enfoques en lo que a la evaluación y gestión de la calidad en los sistemas de cuidados de larga duración se refiere (Leone *et al.*, 2014): a) el enfoque “profesionalista”, caracterizado por el importante papel que juegan las asociaciones profesionales en la definición de los estándares de calidad, así como en su control y seguimiento; b) el enfoque basado en la inspección, en el que el papel regulador recae sobre la administración pública, a través de un establecimiento detallado de requisitos funcionales, materiales y de personal en la normativa reguladora y su posterior comprobación por parte de la inspección, y c) el enfoque basado en la evaluación de resultados de la atención y en la recolección y publicación de datos o indicadores, que atribuye una calificación a cada centro o servicio, al objeto de que toda persona interesada pueda conocer la calidad de la atención prestada en ellos.

Aunque las tipologías de modelos de cuidados de larga duración tienden a asociar a cada país con uno u otro enfoque, es habitual que los sistemas de evaluación y gestión de la calidad combinen distintos abordajes o herramientas, difuminando, de algún modo, esas categorizaciones:

- Alemania combina un enfoque “profesionalista” con la publicación de los datos relativos a la calidad de los servicios, en línea con la lógica de competencia de proveedores y libre elección de las personas usuarias como consumidoras de servicios. En este marco, las entidades aseguradoras son las encargadas de establecer las medidas necesarias para garantizar la calidad de los servicios provistos, acordando estándares de calidad con las entidades proveedoras de servicios. Estos estándares —más centrados en los procesos y resultados de la atención que en las cuestiones estructurales o de personal— sirven de base a los procesos de inspección y evaluación que llevan a cabo anualmente equipos profesionales especializados, a través de visitas no anunciadas. Los informes resultantes de esta evaluación y las calificaciones de cada centro se publican regularmente y son de acceso público.
- Japón parte de un marco normativo muy laxo, básicamente orientado a la regulación de las estructuras y de algunos procesos en la atención residencial, con mecanismos de acreditación e inspección, pero donde el principal protagonismo en la gestión de la calidad de los servicios recae sobre las propias entidades proveedoras de servicios. La evaluación de los resultados resulta, por otro lado, muy limitada en el contexto japonés. Recientemente, la administración central ha introducido una serie de incentivos económicos
- que tienen por objeto fomentar la mejora de los servicios y que se dirigen tanto a los propios centros residenciales, como a los municipios y las prefecturas.
- La gestión y evaluación de la calidad de los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad en Canadá, así como en Quebec, se caracteriza por una clara tendencia hacia el uso de indicadores de resultados. A nivel estatal, existen unos Estándares Nacionales de Calidad en los Cuidados de Larga Duración (National Long-Term Care Standards), que son, no obstante, de carácter voluntario. Por otro lado, Quebec es una de las pocas provincias que establece mecanismos de acreditación obligatorios, gestionados por entidades privadas especializadas. Esta acreditación debe ser obtenida por todos los establecimientos que proporcionan servicios sanitarios y sociales, ya sean públicos como privados, y se basa en la evaluación del cumplimiento de los requisitos establecidos a nivel provincial (que, en todo caso, son notablemente laxos). El sistema quebequés también cuenta con algunos mecanismos de inspección, dirigidos a centros residenciales públicos, privados y concertados, cuyos informes de evaluación se publican en la página web del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.
- Finlandia cuenta con una Agencia Nacional de Supervisión de los Servicios Sociales y de Salud, Valvira, encargada de supervisar, evaluar y acreditar la calidad de los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad. Por un lado, el sistema concede licencias de actividad a proveedores privados en función del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa estatal. Por otro, las agencias administrativas regionales del Estado, bajo las directrices de la Agencia Nacional, llevan a cabo inspecciones sin previo aviso de los diferentes servicios. Las comarcas de servicios de bienestar, por último, son las principales encargadas de la monitorización de la calidad de los servicios provistos en su ámbito territorial, ya sean provistos por entidades públicas o privadas, y cuenten o no con contratos con la administración pública. Las comarcas emplean un sistema de “autorregulación” en el que son las propias entidades proveedoras las encargadas de identificar los riesgos que pueden afectar a la disponibilidad y calidad de los servicios prestados. Esto debe plasmarse en un plan de autorregulación, que debe ser accesible para consulta pública. El plan debe centrarse en asegurar la calidad del servicio, la seguridad y el buen trato hacia las personas usuarias, así como su derecho de autodeterminación.
- También el Reino Unido basa la gestión de la calidad del sistema de cuidados de larga duración en la existencia de agencias públicas encargadas de regular, acreditar, inspeccionar y evaluar los servicios sociales y sanitarios, y en la publicación de los resultados. En Inglaterra, la Care Quality Commission (CQC) se encarga de autorizar la prestación de un servicio por

parte de un proveedor mediante su registro, así como de monitorizar, inspeccionar y evaluar los servicios prestados. Los datos resultantes de estas evaluaciones se hacen públicos, a fin de que las personas puedan elegir, tomándolos como base, el servicio de mayor calidad. Las autoridades locales también llevan a cabo una encuesta de satisfacción individual de las personas usuarias con el apoyo recibido, la Adult Social Care Survey.

Por otro lado, Francia, Italia y España se caracterizan por su clara orientación hacia el enfoque de la inspección: la administración pública detalla una serie de requisitos funcionales, materiales y de personal, que posteriormente evalúa a través de procesos de inspección. En todo caso, existen notables diferencias en el desarrollo de estos sistemas en los tres países señalados, así como en la capacidad con la que cuenta cada uno de ellos para implementarlos de manera efectiva:

- El modelo de gestión de la calidad en Francia se fundamenta, principalmente, en el proceso de concertación, ya que una parte esencial de las herramientas tienen que ver con la autorización administrativa para dar servicio a las personas usuarias que reciben la APA. Los principales organismos que intervienen en este proceso son: la administración central, que establece la normativa básica de atención a la dependencia y discapacidad; los consejos departamentales, responsables de la autorización y acreditación de los centros residenciales; las agencias regionales de salud, en lo que a la atención sanitaria provista en estos centros se refiere, y la Alta Autoridad de Salud (HAS), con funciones de evaluación y generación de buenas prácticas en el ámbito sanitario, social y sociosanitario. En los centros residenciales, la principal herramienta para la gestión de la calidad es la Convención Plurianual de Objetivos y Medios (CPOM), mediante la que se habilita a un centro a dar servicio a personas beneficiarias de la APA y se establecen las condiciones de prestación del servicio y los objetivos en términos de calidad. También se establecen evaluaciones internas y externas, de aplicación tanto a centros residenciales como a los servicios de atención domiciliaria, que analizan aspectos relativos a la calidad de vida y de la atención recibida. No obstante, los datos de estas evaluaciones no se encuentran disponibles para consulta pública y existe muy poca información sobre la calidad de cada uno de los centros residenciales.
- También Italia se enmarca en el enfoque de la inspección, si bien su desarrollo resulta limitado. A nivel nacional, destaca la ausencia de un marco definido sobre la calidad de los servicios formales. Aunque la administración central establece algunas normas básicas, las principales competencias para la evaluación de la calidad de los servicios recaen sobre las regiones, a partir de disposiciones y marcos normativos propios, lo que genera una gran heterogeneidad territorial.

En este contexto, las principales herramientas para la inspección, evaluación y gestión de la calidad se refieren a los procesos de autorización y acreditación de los servicios, en los que se establecen los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros, tanto públicos como privados.

- De manera similar, el modelo español se caracteriza por el escaso desarrollo de los sistemas de gestión y evaluación de la calidad. Estos, en todo caso, se orientan fundamentalmente a la regulación *ex ante* de los servicios —con una extensa regulación de los aspectos estructurales y de proceso— y a su posterior inspección. Mientras que la administración central se encarga del establecimiento de los requisitos de acreditación de los centros y servicios, las regiones regulan su apertura y funcionamiento y establecen mecanismos para su inspección. No obstante, dadas las dificultades que presentan las administraciones competentes para llevar a cabo los procesos de inspección y control, sus funciones tienden a limitarse a la comprobación de los requisitos estructurales y personales más básicos y se centran, en todo caso, en el ámbito residencial; la calidad de los servicios domiciliarios ha recibido, por su parte, una atención muy reducida. Con todo, la aprobación en 2022 del Acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación y Calidad de los centros y servicios del SAAD ha supuesto un cambio estratégico en el modelo de gestión de la calidad del sistema español, si bien este debe aún materializarse.

2.13. Principales características de cada país analizado

El cuadro 6 recoge las características fundamentales de los ocho países analizados. Para facilitar un análisis sintético, se han seleccionado una docena de dimensiones que se han considerado claves y que son:

- principal administración competente;
- grado de fragmentación;
- acceso;
- apoyo a las familias;
- papel de trabajadores/migrantes;
- capacidad de elección;
- prestación para cuidados familiares;
- prestación para servicios formales;
- modo de financiación;
- copago en función de renta;
- cobertura de los servicios;
- gasto público, y
- ocupación.

En cualquier caso, es importante tener en cuenta la dificultad para disponer de datos homogéneos en lo que se refiere a los indicadores cuantitativos y que, en el caso de los cualitativos, se trata de interpretaciones en gran medida simplificadas y con un grado elevado de subjetividad o arbitrariedad. Por otra parte, es

Cuadro 6. Principales características de los países analizados

	Alemania	Canadá (Quebec)	España	Finlandia	Francia	Italia	Japón	Reino Unido (Inglaterra)
Principal administración competente	Seguridad Social / estados federados	Provincias	Comunidades autónomas / ayuntamientos	Comarcas	Departamentos	Seguridad Social / ayuntamientos	Ayuntamientos	Ayuntamientos
Grado de fragmentación	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio
Acceso	Universal	Universal	Universal	Universal	Universal	Mixto	Universal	Selectivo
Apoyo a las familias	Medio	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
Papel de trabajadores / migrantes	Elevado en domicilios	Bajo	Elevado en domicilios	Bajo	Bajo	Elevado en domicilios	Bajo	Elevado en centros
Capacidad de elección	Alta	Media	Baja	Media	Alta	Baja	Alta	Media
Prestación para cuidados familiares	Sí, muy extendida	No	Sí, muy extendida	Sí	Sí, poco extendida	Sí, muy extendida	No	Sí
Prestación para servicios formales	Sí, poco extendida	Sí, cheque-servicio, exoneración de tarifa y deducción	Sí, excepcional	Sí, poco extendida	Sí, generalizada	No	No	Sí
Modo de financiación	Seguro público	Impuestos generales	Impuestos generales	Impuestos generales	Impuestos generales y cotización	Impuestos generales	Seguro público e impuestos generales	Impuestos generales
Copago en función de renta	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura de los servicios	20,5	13,0	12,4	13,1	9,4	13,5	19,0	5,2
Gasto público*	1,8	1,8	0,8	3,2	2,0	1,7	2,1	1,8
Ocupación**	5,5	3,8	4,9	4,3	6,3	—	6,8	1,2

* En porcentaje del PIB

** Número de personas trabajadoras del sector de los cuidados por cada 100 personas mayores

Fuente: elaboración propia a partir de diversas fuentes

importante destacar la variedad de opciones y el hecho de que ninguno de los países analizados comparte en su totalidad las características analizadas.

3. Conclusiones

En este artículo, se ha tratado de detallar cómo responden los ocho países analizados a los elementos o dimensiones que conforman un modelo de cuidados de larga duración y que se tienen en cuenta a la hora de elaborar tipologías relacionadas con estos modelos. Seguidamente, y a modo de conclusión, se realiza un intento de caracterizar y clasificar estos países en función de tres perspectivas complementarias.

En primer lugar, a partir de la revisión realizada en el artículo “Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración”, cabría concluir que, de todas las

dimensiones que se tienen en cuenta a la hora de definir un modelo de cuidados de larga duración, cinco pueden ser las verdaderamente relevantes:

- El grado de universalización (teórico o *de iure* y real o *de facto*) en el acceso a los servicios.
- La posibilidad de acceder a cuidador formales, profesionales, que complementan o sustituyen —según los casos— a los cuidados familiares.
- La posibilidad de acceder a servicios de apoyo al cuidado familiar o informal (prestaciones y permisos de conciliación, apoyo psicológico, respiro, orientación y formación).
- La posibilidad de elección de servicios y proveedores, y la flexibilidad en la composición de los paquetes de atención.
- La asunción de lógicas mercantiles y la apertura a la intervención de operadores privados, especialmente con fin de lucro, en la provisión de los servicios.

Estas dimensiones no son dicotómicas sino, al contrario, pueden graduarse en un continuo que va de mayor a menor intensidad. A partir de esa idea, el cuadro 7 resume cómo responde cada uno de los países analizados a las cinco dimensiones consideradas más relevantes (UNIV, en el caso de la universalización; DESFAM, en el caso de la existencia de servicios formales; FAMSUPPORT, en el caso del apoyo al cuidado familiar¹⁴, CHOICE, en el caso de la elección y MARKET, en el caso de la orientación al mercado). Para cada dimensión se han considerado tres categorías: bajo (+); medio (++) y alto (+++). Resulta preciso señalar, en cualquier caso, que se trata de un ejercicio aproximativo y en buena parte subjetivo, pues no responde a criterios operativizados.

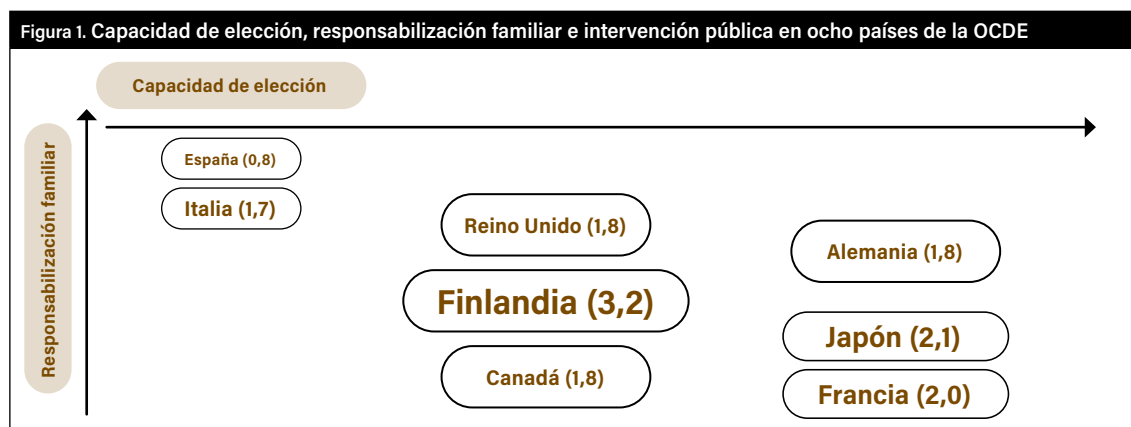
Desde una perspectiva complementaria, si se tienen en cuenta únicamente tres elementos —la capacidad

de elección, la responsabilización familiar y el grado de apoyo público, medido en términos de gasto público—, aun teniendo en cuenta la dificultad para disponer de datos homogéneos, los ocho países analizados pueden agruparse según se indica en la figura 1.

Los países se sitúan en función del grado de responsabilización familiar (más arriba cuanto mayor es esa responsabilización) y en función del grado de capacidad de elección (más a la derecha cuanto mayor es esa capacidad). El tamaño del nombre de cada país refleja el gasto público con relación al PIB (entre paréntesis). España se sitúa, con Italia, en el cuadrante superior izquierdo, con un elevado grado de responsabilización familiar y escasa capacidad de elección. El nivel de gasto público es, en todo caso, muy diferente (de acuerdo con los datos utilizados,

Cuadro 7. Características de los modelos de cuidados de larga duración en ocho países de la OCDE					
	UNIV	DESFAM	FAMSUPPORT	CHOICE	MARKET
Alemania	+++	++	++	+++	+++
Canadá	++	+++	++	++	++
España	++	+	+	+	+++
Finlandia	+++	++	+++	++	+
Francia	+++	+++	++	+++	++
Italia	++	+	+	+	+++
Japón	+++	+++	+	+++	++
Reino Unido	++	++	+++	++	+++

Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

¹⁴ En esta dimensión se han considerado únicamente las medidas dirigidas específicamente a las personas cuidadoras familiares o informales, como los permisos laborales de conciliación, el apoyo psicológico, o los servicios de respiro. Es decir, se incluyen todas aquellas medidas complementarias que, al margen de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar, buscan apoyar a estas personas en su labor de cuidados.

el italiano duplica el español). En el otro extremo, Francia se sitúa en el cuadrante inferior derecho, con una responsabilización familiar menor y una mayor capacidad de elección. Su nivel de gasto público, en todo caso, es similar al de los demás países analizados y, de acuerdo con los datos de la OCDE, muy inferior al finlandés.

Finalmente, cabe pensar que subyace a cada uno de estos modelos una visión respecto al papel de los agentes que intervienen en los cuidados: las personas usuarias, el Estado y las personas cuidadoras. En concreto:

- En lo que se refiere a las personas usuarias, puede pensarse en tres visiones o concepciones alternativas:
 - La persona usuaria como ciudadana, sin más atributos y siempre con necesidades; en este caso, toda persona que presenta un grado determinado de necesidad es atendida por el hecho de ser ciudadana de un país y como derecho de ciudadanía.
 - La persona usuaria como ciudadana consumidora; en este caso, tiene también derecho a servicios, pero es considerada como consumidora que sabe y puede elegir, pero cuyos derechos (calidad, asequibilidad) deben ser protegidos.
 - La persona usuaria como ciudadana asistida o vulnerable, que requiere una protección especial en razón de su vulnerabilidad, generalmente económica. A la ciudadanía y la necesidad de servicios, se suma la vulnerabilidad económica como criterio de asignación de los servicios.

Es significativo, por otra parte, que, independientemente de que algunos países hayan optado por modelos de aseguramiento público, la consideración de la persona usuaria como contribuyente —con derecho a recibir servicios por haber realizado una contribución económica previa, como ocurre con las pensiones— está ausente de todos los modelos.

- En cuanto al Estado, cabe pensar en su consideración como:
 - proveedor de servicios de atención directa, en la línea del Estado del bienestar clásico;
 - garante del acceso a los cuidados, de su asequibilidad y de su calidad, pero no necesariamente prestador de servicios de atención directa;
 - garante de una última red de seguridad, únicamente para los y las ciudadanas que no pueden procurarse esa protección por sus propios medios. En esos casos, la provisión puede o no ser directa, pero el énfasis no se pone en garantizar el acceso, la asequibilidad y la calidad de los servicios al conjunto de la población con necesidades de atención, y menos aún en prestar directamente servicios al

conjunto de la ciudadanía (como sí ocurre, en esos países, en el ámbito de la salud).

- En lo que se refiere a las familias o personas cuidadoras, cabe pensar también en tres visiones o concepciones, relacionadas con el tipo de responsabilización que se atribuye a las familias (cuadro 8):
 - una responsabilización elegida (en alguna medida al menos, opcional, y con servicios suficientes de apoyo); en este caso, cabe esperar además una cierta neutralidad desde la perspectiva del género;
 - una responsabilización compartida (en este caso, fundamentalmente asumida por las mujeres), en cierto modo inevitable —y, por tanto, no opcional—, pero facilitada mediante apoyos diversos; y
 - una responsabilización natural (o naturalizada): femenina, inevitable —es decir, no opcional— y escasamente apoyada por los servicios públicos.

Cuadro 8. Visiones de las personas usuarias, las personas cuidadoras y el Estado vinculados a los modelos de cuidados de larga duración

Personas usuarias	Ciudadano/a (con necesidades)
	Ciudadano/a (con necesidades) consumidor/a
	Ciudadano/a (con necesidades) vulnerable y asistido/a
Personas cuidadoras / familias	Responsabilidad elegida: opcional y con apoyos (ambos géneros)
	Responsabilidad compartida (femenina): inevitable y con apoyo
	Responsabilidad natural (femenina): inevitable y sin apoyo
Estado	Provisión de servicios
	Garantía de acceso, financiación y calidad
	Última red de seguridad

Fuente: elaboración propia

Cabe pensar que ninguna de esas visiones se aplica, en ningún país, de forma absoluta y que existe una graduación entre las diferentes concepciones que, además, puede ir variando en el tiempo o en función del posicionamiento técnico o político de las administraciones que en cada momento intervienen en la organización de los cuidados. Por otra parte, cabe pensar que las visiones de cada uno de los agentes se correlacionan en cierto modo entre sí. Por ejemplo, el papel del Estado como última red de seguridad se relaciona directamente con la visión de la persona usuaria como asistida y vulnerable. El papel de la persona usuaria consumidora se relaciona, a su vez, con la figura del Estado garante.

En todo caso, y si bien no es posible en el marco de este trabajo operacionalizar objetivamente estas

dimensiones, cabe situar algunos de los países analizados en algunas de esas visiones:

- Alemania, por ejemplo, tiende a considerar a la persona usuaria como una "ciudadana consumidora" y, consecuentemente, al Estado no como proveedor directo, sino como garante del acceso, la asequibilidad y la calidad de los servicios. Desde la perspectiva del papel de las familias, su visión estaría basada en la responsabilidad compartida: en cierto modo inevitable, pero en gran medida apoyada.
- El Reino Unido, y particularmente Inglaterra, destaca por su visión del ciudadano o ciudadana como vulnerable y asistida, a la que se presta atención debido a que no puede procurársela por sus propios medios. Por tanto, el papel del Estado se centra básicamente en la construcción de una última red de seguridad.
- En España, su enfoque teórico permite pensar en la consideración de la persona usuaria como

ciudadana, con derecho a recibir determinados servicios en caso de necesidad. En la práctica, sin embargo, subyace una visión más "asistencialista" en la que los servicios se orientan fundamentalmente a las personas más vulnerables. En lo que se refiere al papel del Estado, podría pensarse en que existe una tensión entre las tres visiones, sin que ninguna prevalezca claramente respecto a las demás. El papel de la familia sigue obedeciendo al modelo de responsabilidad natural: inevitable y sin apoyos.

- Finlandia, en tanto que país nórdico o socialdemócrata, se mantendría en la visión clásica que identifica a la persona usuaria con un ciudadano o ciudadana con necesidades de atención, y al Estado como proveedor de servicios de atención directa a toda la población con necesidades. En este caso, podría pensarse en que la responsabilización familiar es elegida: opcional (al menos en cierta medida) y suficientemente apoyada.

Bibliografía referenciada

- ANGRISANI, M.; ORTEGA REGALADO, J. C. y CRAVO, T. (2022): "Financial social protection and individual out-of-pocket costs of long-term care in the USA and Europe: an observational study", *eClinicalMedicine*, vol. 50, art. 101503, <[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00233-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00233-4/fulltext)>.
- BARTHA, A. y ZENTAI, V. (2020): "Long-term care and gender equality: fuzzy-set ideal types of care regimes in Europe", *Social Inclusion*, vol. 8, n.º 4, pp.92-102, <<https://doi.org/10.17645/si.v8i4.2956>>.
- BENAHZA, A. y LUTZ, H. (2019): "Intersektionale Perspektiven auf die Pflege: Geschlechterverhältnisse und Migrationsprozesse", en RUDOLPH, C. y SCHMINDT, K. (eds.), *Interessenvertretung und Care: Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen, Arbeit-Demokratie-Geschlecht*, Münster, Westfälisches Dampfboot.
- CSBE (2024): *Aging Well at Home. Tome 4: A Much-Needed Transformation. Executive Summary*, Commissaire à la Santé et au Bien-être, Québec, <<https://www.csbe.gouv.qc.ca/en/publications/publication/executive-summary-aging-well-at-home-tome-4.html>>.
- FLAKE, R.; KOCHSKÄMPER, S.; RISIUS, P. y SEYDA, S. (2018): "Fachkräfteengpass in der Altenpflege: Status quo und Perspektiven", *IW Trends - Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, Institut der deutschen Wirtschaft, vol. 45, n.º 3, pp.21-39, <<https://www.iwkoeln.de/studien/regina-flake-susanna-kochskaemper-susanne-seyda-fachkraefteengpass-in-der-altenpflege-396291.html>>.
- FU, R.; IIZUKA, T. y NOGUCHI, H. (2023): *Long-Term Care in Japan*, serie Working Papers, National Bureau of Economic Research, <<https://back.nber.org/bibliographic/w31829.bib>>.
- LEE, S. H.; CHON, Y. y KIM, Y. Y. (2023): "Comparative analysis of long-term care in OECD countries: focusing on long-term care financing type", *Healthcare*, vol. 11, n.º 2, art. 206, <<https://doi.org/10.3390/healthcare11020206>>.
- LEONE, T.; MARESSO, A. y MOR, V. (2014): "Regulating quality of long-term care – What have we learned?", en MOR, V.; LEONE, T. y MARESSO, A. (eds.), *regulating long-term care quality: an international comparison*, Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, pp.447-476, <<https://www.cambridge.org/core/books/abs/regulating-longterm-care-quality/regulating-quality-of-longterm-care-what-have-we-learned/DF3617170DFAD7B00AD0B9430E3886CB>>.
- LIBAULT, D. (2019): *Grand âge, le temps d'agir*, Concertation Grand Âge et Autonomie, s. l., Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf>.
- MILSTEIN, R.; MUELLER, M. y LORENZONI, L. (2021): "Germany", en OCDE y OMS (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- MONTERO, M. (2023): "Las trabajadoras domésticas y cuidadoras migrantes en los sistemas de cuidados. Aproximación a un debate necesario", *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, n.º 32, pp.28-57, <https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/documentos/revistas/fundacion_caser_revista_actas_-_n32_-_trabajadoras_domesticas_y_cuidadoras_migrantes_sistemas_de_cuidados.pdf>.
- NIA (2019): *Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada*, Toronto, National Institute of Ageing.

NOTARNICOLA, E. y PEROBELLI, E. (2022): "La rete informale per la cura: caregiving familiare, ricorso al badanato, aspettative delle famiglie verso i servizi", en FOSTI, G.; NOTARNICOLA, E. y PEROBELLI, E. (eds.), *Il presente e il futuro del settore long term care: cantieri aperti. 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milán, EGEA, <<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/4%C2%B0%20Rapporto%20OLTC%20-%20volume%20finale%20-%20oa.pdf>>.

SKILLS FOR CARE (2023): *The state of the adult social care sector and workforce in England*, <<https://www.skillsforcare.org.uk/Adult-Social-Care-Workforce-Data/Workforce-intelligence/publications/national-information/The-state-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx>>.

VDEK (2024): *Vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland*, Berlín, Verband der Ersatzkassen, <https://www.vdek.com/presse/daten/_jcr_content/par/publicationelement_1479644990/file.res/vdek_basisdaten_2024.pdf>.

ZALAKAIN, J. (2025): "Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración", *Zerbitzuan*, n.º 86, pp. 7-36, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.86.01>>.

Fuentes estadísticas citadas

EUROSTAT (2022): EU-Labour Force Survey EU (EU-LFS).

ISTAT (2021a): Interventi e servizi sociali dei comuni.

— (2021b): Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

— (2021c): Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici.

OCDE (2021a): Long-term care resources and utilisation – recipients.

— (2021b): Health Expenditure and Financing.

— (2023a): *Health at a glance 2023: OECD indicators*, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>>.

— (2023b): *Beyond applause? Improving working conditions in long-term care*, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>>.

Bibliografía consultada

Además de las fuentes bibliográficas específicas citadas en este artículo, a continuación se recoge el resto de la bibliografía sobre la que se ha elaborado el estudio del que se extrae este artículo.

- ARIAANS, A.; LINDEN, P. y WENDT, C. (2021): "Worlds of long-term care: a typology of OECD countries", *Health Policy*, vol. 125, n.º 5, pp.609-617, <<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>>
- BANKS, J.; FRENCH, E. y MCCAULEY, J. (2020): *Long-term care in England*, serie NBER Working Papers, n.º 31826, Cambridge (MA), National Bureau of Economic Research, <<https://www.nber.org/papers/w31826>>.
- BARSANTI, S. (2021): "I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito", en *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno*, Network Non Autosufficienza, Fondazione Cenci Galligani.
- BESNARD, X.; BRUNEL, M.; COUVERT, N. y ROY, D. (2019): *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes "CARE" auprès des aidants (2015-2016)*, serie Les Dossiers de la DREES, n.º 45, París, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>>.
- BIHAN, B. L. y SOPADZHIYAN, A. (2018): "The development of an ambiguous care work sector in France", en CHRISTENSEN, K. y PILLING, D. (eds.), *The Routledge handbook of social care work around the world*, Nueva York, Routledge, pp.102-115, <<https://doi.org/10.4324/9781315612805-8>>.
- BRUGIAVINI, A.; CARRINO, L. y PASINI, G. (2023): *Long-term care in Italy, serie NBER Working Papers, n.º 31861*, Cambridge (MA), National Bureau of Economic Research, <<https://www.nber.org/papers/w31861>>.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2023): *Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten* [Seguro de dependencia. Datos y cifras], <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>>.
- CÁMARA DE LOS LORES (2022): *A "gloriously ordinary life": spotlight on adult social care*, s. l., House of Lords Adult Social Care Committee, <<https://committees.parliament.uk/publications/31917/documents/193737/default/>>.
- CARERS UK (2023): *State of caring 2023. The impact of caring on health*, <https://www.carersuk.org/media/xgwlj0gn/soc23-health-report_web.pdf>
- CLAVET, N. J.; HÉBERT, R.; MICHAUD, P. C. y NAVAUX, J. (2022): "The future of long-term care in Quebec: what are the cost savings from a realistic shift toward more home care?", *Canadian Public Policy*, vol. 48, supl. 2, pp.35-50, <<https://doi.org/10.3138/cpp.2022-031>>.
- COMISIÓN EUROPEA (2021a): *The 2021 ageing report: economic & budgetary projections for the EU Member States (2019-2070)*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2765/84455>>.
- (2021b): *Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2767/183997>>.
- CSBE (2023): *Bien vieillir chez soi – tome 1: comprendre l'écosystème*, Quebec, Commissaire à la Santé

- et au Bien-être, <<https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-1-comprendre-lecosysteme.html>>.
- CURRY, N.; CASTLE-CLARKE, S. y HEMMINGS, N. (2018): *What can England learn from the long-term care system in Japan?*, serie Research Reports, Londres, Nuffield Trust, <<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/what-can-england-learn-from-the-long-term-care-system-in-japan>>.
- DESTATIS (2022): *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse 2021* [Estadísticas sobre cuidados de larga duración – Cuidados de larga duración en el marco del seguro de dependencia – Resultados de Alemania – 2021], <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.html>>.
- DÍAZ GORFINKIEL, M. y MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2018): "Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España", *Panorama Social*, vol. 27, n.º 1, pp.105-128, <<https://www.funcas.es/articulos/mujeres-migrantes-y-trabajos-de-cuidados-transformaciones-del-sector-domestico-en-espana/>>.
- DREES (2022): *L'aide et l'action sociales en France - édition 2022. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion*, serie Panorama de la Drees Social, Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des Statistiques, <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/laide-et-laction-sociales-en-france-edition-2022>>.
- DUBUC, A. (2021): *Soins à domicile: le statu quo ne sera plus possible*, Montreal, Institut du Québec, <<https://institutduquebec.ca/publications/soins-a-domicile-le-stat-quo-ne-sera-plus-possible>>.
- DYER, S. et al. (2020): *Review of international systems for long-term care of older people: Report prepared for the Royal Commission into Aged Care Quality and Safety*, serie Research Papers, n.º 2, Adelaide, Flinders University, <https://researchnow-admin.flinders.edu.au/ws/portalfiles/portal/29779404/Dyer_Review2_P2019.pdf>.
- ESTABROOKS, C. A.; SQUIRES, J. E.; CARLETON, H. L.; CUMMINGS, G. G. y NORTON, P. G. (2015): "Who is looking after mom and dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes", *Canadian Journal on Aging*, vol. 34, n.º 1, pp.47-59, <<https://doi.org/10.1017/S0714980814000506>>.
- EUROFOUND (2019): *Quality of health and care services in the EU*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/quality-health-and-care-services-eu>>.
- (2020): *Long-term care workforce: employment and working conditions*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>>.
- FLORES, M. (2021): "Spain", en OCDE y OMS (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- FORMA, L. y LEINONEN, E. (2024): *Long term care system profile: Finland*, Global Observatory of Long Term Care, <<https://goltc.org/system-profile/finland/>>.
- FOSTER, D. (2025): *Funding for adult social care in England*, s. l., House of Commons Library, <<https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9693/>>.
- GERAEDTS, M.; HELLER, G. V. y HARRINGTON, C. A. (2002): "Germany's long-term-care insurance: putting a social insurance model into practice", *The Milbank Quarterly*, vol. 78, n.º 3, pp.375-401, <<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00178>>.
- GERLINGER, T. (2018): *ESPN thematic report on challenges in long-term care: Germany*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19848&langId=en>>.
- GEYER, J.; BÖRSCH-SUPAN, A.; HAAN, P. y PERDRIX, E. (2023): *Long-term care in Germany*, serie NBER Working Papers, n.º 31870, Cambridge (MA), National Bureau of Economic Research, <<https://doi.org/10.3386/w31870>>.
- GIRARD-MARCIL, C. y REISS, M. (2023): *Qui sont les personnes proches aidantes au Québec et quel type de soutien apportent-elles? Une analyse différenciée selon le sexe et l'âge*, Observatoire Québécois de la Proche Aidance, Direction des Affaires Académiques et de l'Éthique de la Recherche, Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, <<https://observatoireprocheaidance.ca/2023/06/07/nouvelle-publication-les-personnes-proches-aidantes-et-le-soutien-apporte-une-analyse-statistique-differenciee-selon-lage-et-le-sexe/>>.
- GLENDINNING, C. (2018): *ESPN thematic report on challenges in long-term care: United Kingdom*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19873&langId=en>>.
- HERAS, M. M. (2017): "Claves de la protección social de la dependencia en Italia: discapacidad y edad avanzada de la persona no autosuficiente", *Revista Derecho Social y Empresa*, n.º 8, pp.121-141, <<https://doi.org/10.18172/redsyse.6171>>.
- IGARASHI, A.; ELTAYBANI, S.; TAKAOKA, M.; NOGUCHI-WATANABE, M. y YAMAMOTO-MITANI, N. (2020): "Quality assurance in long-term care and development of quality indicators in Japan", *Gerontology and Geriatric Medicine*, vol. 6, <<https://doi.org/10.1177/2333721420975320>>.
- IKEGAMI, N. (2021): "Japan", en OCDE y OMS (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- ILMARINEN, K.; VAN AERSCHOT, L. y KRÖGER, T. (2022): "Not free at all: home care user fees in a Nordic care system", *Social Policy and Society*, vol. 23, n.º 3, pp.513-528, <<https://doi.org/10.1017/S1474746422000240>>.
- IMSERO (2024): *Informe de empleo en sector servicios sociales. 2º trimestre 2024*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030,

- <https://imsero.es/documents/20123/120137/inf_empleo_ss_2trim_2024.pdf/919b3358-d9d0-e7a4-f964-a8536154a0ff>.
- ISTAT (2021): *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, <<https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>>.
- (2023): *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. 1° gennaio 2022*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, <<https://www.istat.it/it/files/2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf>>.
- JESSOULA, M.; PAVOLINI, E.; RAITANO, M. y NATILI, M. (2018): *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Italy*, European Social Policy Network, European Commission, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19853&langId=en>>.
- KALLIOMAA-PUHA, L. y KANGAS, O. (2018): *ESPN thematic report on challenges in long term care: Finland*, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19846&langId=en>>.
- (2021): *Finland: follow-up on the increase in the nurse-client ratio in the long-term care system*, serie ESPN Flash Reports, n.º 2021/62, Bruselas, Comisión Europea, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=25101&langId=en>>.
- KONISHI, T.; INOKUCHI, H. y YASUNAGA, H. (2024): "Services in public long-term care insurance in Japan", *Annals of Clinical Epidemiology*, vol. 6, n.º 1, pp.1-4.
- LEONE, T.; MARESSO, A. y MOR, V. (2014): "Regulating quality of long-term care – what have we learned?", en MOR, V.; LEONE, T. y MARESSO, A. (eds.), *Regulating long-term care quality*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 447-476, <<https://doi.org/10.1017/CBO9781107323711.023>>.
- LEPPÄÄHO, S.; KEHUSMAA, S.; KARTTUNEN, T. y HAVAKKA, P. (2023): *Alueellisia tuloksia vanhuspalvelujen asiakastytyväisyydestä: kotihoidon ateriapalvelussa on eniten parannettavaa* [Regional results on customer satisfaction in older people's services: home care meal service needs most improvement], serie Tiiviisti, n.º 41/2023, Helsinki, Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos, <<https://www.julkari.fi/handle/10024/146890>>.
- LETURIA, M.; ZALAKAIN, J.; MENDIETA, A. y CARCADILLA, A. (2019): *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional*, Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, <<https://www.sis.net/documentos/ficha/546517.pdf>>.
- LIBAULT, D. (2019): *Grand âge, le temps d'agir. Concertation Grand Âge et Autonomie*, s. l., Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf>.
- LINDQVIST, R. y LAMICHHANE, K. (2019): "Disability policies in Japan and Sweden: a comparative perspective", *Alter*, vol. 13, n.º 1, pp.1-14, <<https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.08.001>>.
- LITH, P. (2021): *Palveluasumisen markkinat Suomessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä ja palveluntuottajista* [The market for serviced housing in Finland. Statistical survey of service demand and service providers in the sector], Helsinki, s. e., <<https://www.hel.fi/static/kanslia/Julkaisut/2021/palveluasuminen-tilasto-2021.pdf>>.
- MACDONALD, B. J.; WOLFSON, M. y HIRDES, J. (2019): *The Future Cost of Long-Term Care in Canada*, Toronto, National Institute of Ageing, <<https://www.niaging.ca/long-term-care-paper-3>>.
- MASUI, H.; OTAGA, M.; MORIYAMA, Y. y MATSUSHIGE, T. (2019): *Current issues in long-term care policy and research*, National Institute of Public Health, <https://doi.org/10.20683/jniph.68.1_34>.
- MATHEW PUTHENPARAMBIL, J. (2023): "Being able to provide sufficiently good care for older people: care workers and their working conditions in Finland", *International Journal of Care and Caring*, vol. 7, n.º 4, pp.691-707, <<https://doi.org/10.1332/239788221X16752697246472>>.
- MATVEINEN, P. (2023): *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2020. Koronaepidemian aiheuttama terveydenhuollon menojen kasvu näkyi etenkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoidossa* [Gasto y financiación de la atención sanitaria en 2020...], serie Tilastoraportti, n.º 18/2023, Helsinki, Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos, Helsinki.
- MDS (2020): *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI*, Essen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., <https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/6_PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf>.
- MEF (2023): *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, serie Rapporti, n.º 24, Roma, Ministero dell'Economia e delle Finanze, <https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2023/Rapporto-2023.pdf>.
- MIELIKÄINEN, L.; HAUHIO, N. y VIRTANEN, S. (2022): *Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2022* [Statistical yearbook on social welfare and health care 2022], Vantaa, Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos, <<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-002-6>>.
- MILLIGAN, K. y SCHIRLE, T. (2023): *The economics of long-term care in Canada*, serie NBER Working Papers, n.º 31815, National Bureau of Economic Research, <<https://doi.org/10.3386/w31815>>.
- MONTERO, M. (2018): "Alternativas de viviendas para personas mayores en Alemania", en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (ed.), *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI*, Madrid, Fundación Pilares para la Autonomía Personal, <<https://www.fundacionpilares.org/publicacion/viviendas-para-personas-mayores-en-europa-nuevas-tendencias-para-el-siglo-xxi>>.
- NAYLOR, A. y MAGNUSSON, J. (2019): *Data that cares*, Londres, Future Care Capital, <https://1stdirectory.co.uk/_assets/files_comp/27221247-7432-4ace-a92d-f881850d6ac3.pdf>.
- NIA (2023): *Enabling a more promising future for long-term care in Canada*, Toronto, National Institute of

- Ageing, <<https://www.niageing.ca/long-term-care-paper-3>>.
- NORO, A. (ed.) (2019): *Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018: päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi*, Helsinki, Sosiaali- ja Terveysministeriö, <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2>>.
- NOTARNICOLA, E. (2023): "Crisi del personale, tra carenza numerica e specificità del settore", en FOSTI, G.; NOTARNICOLA, E. y PEROBELLI, E. (eds.), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore long term care: 5° rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milán, EGEA, <<https://www.egeaeditore.it/ita/prodotti/organizzazione-e-risorse-umane/il-personale-come-fattore-critico-di-qualita--per-il-settore-long-term-care.aspx>>.
- NOTARNICOLA, E. y PEROBELLI, E. (2024): "Il settore long term care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, 'badantato', posizionamento strategico dei gestori", en FOSTI, G.; NOTARNICOLA, E. y PEROBELLI, E. (eds.), *La sostenibilità del settore long term care nel medio-lungo periodo*, Milán, EGEA, <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/6_Rapporto_LA_SOSTENIBILITA%CC%80_DEL_SETTORE_LONG_TERM_CARE_NEL_MEDIO-LUNGO_PERIODO.pdf>.
- OCDE (2020): *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*, serie OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>>.
- OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA (2020): *Country case study on the integrated delivery of long-term care: Germany*, Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, <<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5269-45033-64150>>.
- ONS (2023): *Care homes and estimating the self-funding population, England: 2022 to 2023*, s. l., Office for National Statistics, <<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/socialcare/articles/carehomesandestimatingtheselffundingpopulationengland/2022to2023>>.
- OR, Z. y PENNEAU, A. (2021): "France", en OECD/WHO (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- PAVOLINI, E. (2021): *Long-term care social protection models in the EU*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://doi.org/10.2767/5178>>.
- PAVOLINI, E.; RANCI, C. y LAMURA, G. (2017): "Long-term care in Italy", en GREVE, B. (ed.), *Long-term care for the elderly in Europe: development and prospects*, Londres, Routledge.
- PESARESI, F. (2023a): "Gli alloggi per gli anziani: la grande confusione normativa – parte I", *Welforum.it*, 27-11-2023, <<https://www.welforum.it/gli-alloggi-per-gli-anziani-la-grande-confusione-normativa-parte-i/>>.
- (2023b): "La spesa pubblica per long-term care in Italia", *Welforum.it*, 04-09-2023, <<https://www.welforum.it/la-spesa-pubblica-per-long-term-care-in-italia/>>.
- PING, R. y OSHIO, T. (2023): *Long-term care system profile: Japan*, s. l., Global Observatory of Long-Term Care, <<https://goltc.org/system-profile/japan/>>.
- REBAUDO, M.; CALAHORRANO, L. y HAUSMANN, K. (2022): *Daten zur Informellen Pflege - Pflegebedürftige und Pflegende*, Sankt Augustin, Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik, <<https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/798f565d-adcb-460c-abc4-539552668be4/content>>.
- RING, M.; RISTOLAINEN, H. y TIILIKAINEN, E. (2024): "From restricted resources to ethical burden — former home care workers' reasons for leaving their jobs", *Journal of Applied Gerontology*, vol. 43, n.º 8, pp. 1111-1119, <<https://doi.org/10.1177/07334648241231404>>.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN GALLEGÓ, V. (coords.) (2022): *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf>.
- ROSTGAARD, T.; JACOBSEN, F.; KRÖGER, T. y PETERSON, E. (2022): "Revisiting the Nordic long-term care model for older people — still equal?", *European Journal of Ageing*, vol. 19, n.º 2, pp. 201-210, <<https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>>.
- SAFUTA, A.; NOACK, K.; GOTTSCHALL, K. y ROTHGANG, H. (2022): "Migrants to the rescue? Care workforce migrantisation on the example of elder care in Germany", en KUHLMANN, J. y NULLMEIER, F. (eds.), *Causal mechanisms in the global development of social policies*, serie Global Dynamics of Social Policy, Cham, Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-91088-4_10>.
- SIIS SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (2020): *Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia*, Valladolid, Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, <<https://www.sis.net/es/investigacion/ver-estudio/599/>>.
- SINGER, K. y FLEISCHER, N. (2024): *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt*, Nürnberg, Statistik der Bundesagentur für Arbeit, <<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>>.
- TAKEDA, S. (2023): "Factors related to turnover and intention to leave the care working profession in Japan: a review", *Yonago Acta Medica*, vol. 66, n.º 2, pp. 196-201, <<https://doi.org/10.33160/yam.2023.05.001>>.
- TARRANT, A. (2022): "Devolution and the difficulty of divergence: The development of adult social care policy in Wales", *Critical Social Policy*, vol. 43, n.º 4, pp. 676-696, <<https://doi.org/10.1177/02610183221145404>>.
- TIDOLI, R. (2021): *I servizi domiciliari in Italia. Allegato tecnico n. 1 al Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata. La proposta del 'Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza' per la Legge*

- di Bilancio 2022, s. l., s. e., <<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/focus-on/Documents/Piano-Nazionale-Non-Autosufficienza/Allegato-Tecnico-1-servizi-domiciliari.pdf>>.*
- TIIRINKI, H.; SULANDER, J.; SINERVO, T.; HALME, S. y KESKIMÄKI, I. (2022): "Integrating health and social services in Finland: regional approaches and governance models", *International Journal of Integrated Care*, vol. 22, n.º 3, 18, <<https://doi.org/10.5334/ijic.5982>>.
- VERBAKEL, E. (2018): "How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 46, n.º 4, pp. 436-447, <<https://doi.org/10.1177/1403494817726>>.
- WADHERA, R. (2021): *Equal rights for migrant care workers. The case for immigration policy transformation*, s. l., Canadian Centre for Policy Alternatives, <<https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2021/10/Equal%20rights%20for%20migrant%20care%20workers.pdf>>.
- YAMADA, M. y ARAI, H. (2020): "Long-term care system in Japan", *Annals of Geriatric Medicine and Research*, vol. 24, n.º 3, pp. 174-180, <<https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>>.
- ZALAKAIN, J. (2022): "La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa", *Zerbitzuan*, n.º 77, pp. 5-21, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.77.01>>.
- ZALAKAIN, J.; ARIN, A.; BERASATEGUI, M.; MARTÍNEZ VIRTO, L.; MELITO, L. y TOÑA, A. (2021): *Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria*, San Sebastián, Eusko Ikaskuntza-Sociedad de Estudios Vascos, <<https://www.eusko-ikaskuntza.eus/files/galeria/files/Envejecimiento%20y%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20dependencia%20EISEV.pdf>>.
- ZALAKAIN, J.; DAVEY, V. y SUÁREZ-GONZÁLEZ, A. (2020): *The COVID-19 on users of long-term care services in Spain*, LTCcovid International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 28-05-2020, <<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>>.
- ZIAEE, D. (2021): "Trudeau abandons promised LTC standards in favour of weaker accreditation scheme, bowing to for-profit care agenda", *The Council of Canadians*, 21-04-2021, <<https://canadians.org/analysis/trudeau-abandons-promised-ltc-standards-favour-weaker-accreditation-scheme-bowing-profit/>>.