

Original

El papel del apoyo informal en las prestaciones del Plan Individualizado de Atención: una elección condicionada para las personas dependientes

Raúl Del Pozo Rubio*, Francisco Escribano Sotos y Pablo Moya Martínez

Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Centro de Investigación en Estudios Sociosanitarios (CESS), Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de mayo de 2011

Aceptado el 12 de octubre de 2011

On-line el 6 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Cuidados de larga duración

Investigación en servicios de salud

Prestación de atención de salud

Apoyo social

R E S U M E N

Objetivos: Analizar qué factores sociodemográficos y de salud (incluyendo cuidado informal) influyen en el tipo de prestación asignada en el plan individualizado de atención de la persona dependiente.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de la población dependiente de la provincia de Cuenca, a partir de una muestra representativa de la población baremada como dependiente a fecha de febrero de 2009, obteniendo información de personas con grados II y III de dependencia, teniendo en cuenta la prestación asignada (económica o servicio). Se han realizado cuatro análisis de regresión logística en los cuales la variable dependiente ha sido el tipo de prestación asignada en el Plan Individualizado de Atención, mientras que las variables explicativas han sido la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de ingresos, el lugar de residencia, las enfermedades padecidas, el tratamiento médico recomendado y la percepción de cuidado informal.

Resultados: El 83,7% de la muestra tiene asignada una prestación económica y el 16,3% de servicios. Un 80% recibe cuidado informal además de la prestación de dependencia. Recibir cuidado informal incrementa la probabilidad de que la prestación asignada sea económica, frente a un servicio, en 3239 veces en comparación con no percibir cuidado informal.

Conclusiones: Para el periodo estudiado, primera fase de implantación de la Ley de Dependencia, las variables que favorecen que se haya recibido una prestación económica frente a un servicio específico son el estado civil casado, las rentas superiores, el lugar de residencia (ámbito rural frente a urbano), el tratamiento higiénico-dietético y disponer de cuidado informal.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The role of informal care in individualized care plan delivery: a conditional choice for dependent people

A B S T R A C T

Objectives: To analyze the relationship between sociodemographic and health variables (including informal care) and the healthcare service delivery assigned in the individualized care plan.

Methods: An observational cross-sectional study was conducted in a representative sample of the dependent population in Cuenca (Spain) in February, 2009. Information was obtained on people with level II and III dependency. Four different logistic regression models were used to identify the factors associated with the care service delivery assigned in the individualized care plan. Independent variables consisted of age, gender, marital status, annual income, place of residence, health conditions, medical treatment, and perception of informal care.

Results: A total of 83.7% of the sample was assigned economic benefits and 15.3% were assigned services. Eighty percent of the sample received informal care in addition to dependency benefits. People who received informal care were 3239 times more likely to be assigned economic benefits than persons not receiving informal care.

Conclusion: For the period analyzed (the first phase of the implementation of the Dependency Act), the variables associated with receiving economic benefits (versus services) were being married, having a high annual income, the place of residence (rural areas versus urban area), and receiving hygiene-dietary treatment and informal care.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Long-term care

Health care delivery

Health services research

Social support

Introducción

La construcción para España del cuarto pilar del estado de bienestar se inicia con la aprobación de la Ley de Promoción de la

Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia¹ (LAPAD), que supone el reconocimiento formal de atención a las personas que precisan ayuda con carácter permanente para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Anterior a esta ley, el modelo establecido para atender a tales personas era de protección asistencial vinculado a estados de necesidad², dependiente de los servicios sociales de las comunidades autónomas³ y complementado con el cuidado informal⁴, dirigido a personas sin recursos y con una cobertura limitada².

* Autor para correspondencia.

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

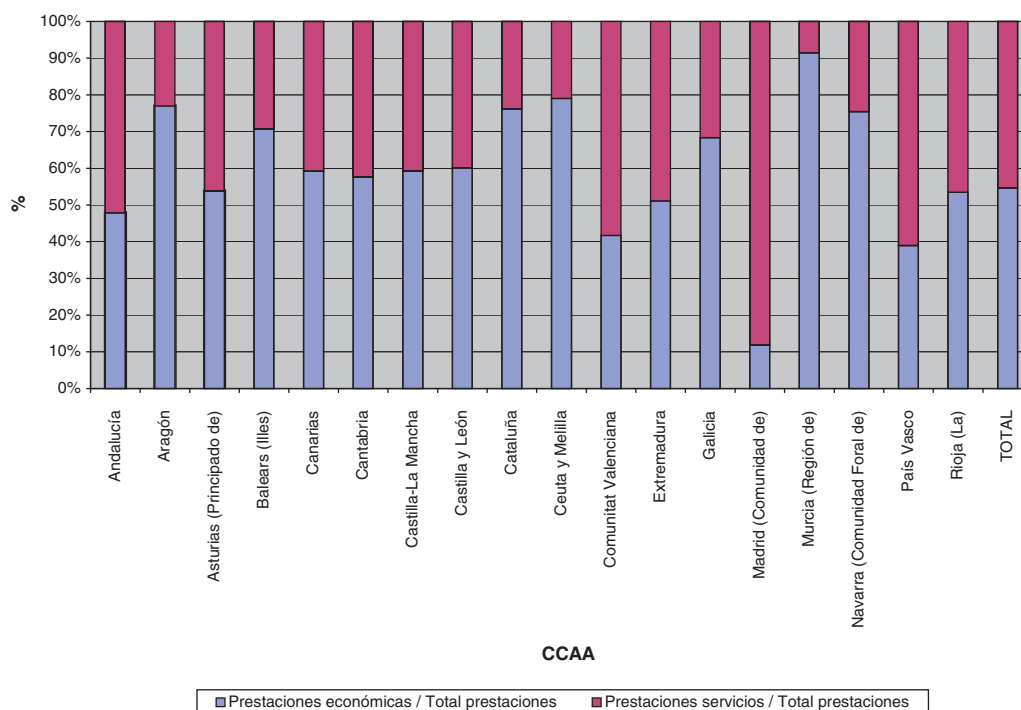


Figura 1. Vector medio de porcentaje de modalidades de prestaciones económicas y servicios de la LAPAD por comunidades autónomas (julio 2008-julio 2010). Fuente: Elaboración propia a partir de datos SAAD-IMSERSO.

Entre las características del modelo mediterráneo de atención a la dependencia (España e Italia) destacan el elevado peso del cuidador informal, con una escasa protección social y una baja o nula remuneración, exiguo apoyo formal a domicilio, reducido gasto público en cuidados de larga duración y predominio de la prestación monetaria⁵. Este apoyo informal ha sido la piedra angular sobre la cual se han sustentado los cuidados de larga duración⁶. El perfil tradicional de cuidador informal es el de una mujer, sin formación educativa, desempleada y de bajo nivel socioeconómico⁷⁻⁹. Sin embargo, el cambio en la estructura de las familias y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo son dos factores que afectan a la disponibilidad de la mujer para continuar ejerciendo este apoyo informal⁹, a los que pueden añadirse otros como la disminución de las tasas de matrimonio, la disminución en el tamaño de los hogares y el aumento de hogares unipersonales, o los patrones de migración rural-urbana e internacional¹⁰.

La incidencia de estos factores en la combinación de cuidado informal y apoyo formal no es independiente del modelo de atención a la dependencia de cada país. Ello implica que los modelos teóricos que relacionan ambos cuidados^{11,12}, como son el modelo de cuidado suplementario, el modelo compensador jerárquico y el modelo de cuidado complementario o de especificidad de tareas, deban ser analizados bajo el marco político, social y cultural de cada país.

En esta línea, la LAPAD se asimila al modelo complementario de especificidad de tareas¹³, incluyendo en el catálogo de servicios el apoyo informal bajo un reconocimiento formal. Las prestaciones ofrecidas por la LAPAD se estructuran en dos grupos según su naturaleza: económicas, ya sean vinculadas al servicio, para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales o de asistencia personal; y de servicios, en las que se incluyen el servicio de teleasistencia, el servicio de ayuda a domicilio, los centros de día y noche, y la atención residencial.

La prestación o prestaciones asignadas se recogen en el Plan Individualizado de Atención (PIA), elaborado por el equipo técnico a partir de los informes médico y social, y por el equipo de valoración¹⁴. Se determinan a partir de la oferta de prestaciones

de la LAPAD y teniendo en cuenta la situación familiar y socioeconómica de la persona dependiente.

Según la información publicada por el Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del SAAD-IMSERSO, son las prestaciones monetarias las que mayor peso están teniendo en la asignación de las prestaciones de la LAPAD (fig. 1) en la mayoría de las comunidades autónomas, aunque la composición de la cartera de prestaciones varía según cada una.

En términos generales, la prestación monetaria se emplea en una proporción similar e incluso superior a la prestación de servicios, en contra del carácter secundario atribuido a aquella por el legislador en la propia Ley.

Ayuso et al¹⁵ han analizado los factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes, y concluyen que la edad, el estado civil casado, el lugar de residencia, las variables de salud enfermedades del aparato circulatorio y musculoesqueléticas, y los cuatro tipos de tratamiento a seguir (farmacológico, higiénico-dietético, psicoterapéutico y rehabilitador) se convierten en las principales variables asociadas a la institucionalización. El presente trabajo pretende ser una continuación, con el objetivo de examinar qué factores sociodemográficos y de salud de las personas dependientes se asocian a la asignación de una prestación económica o de servicios, puesto que la asignación de una u otra supone la posibilidad de realizar políticas socio-sanitarias que permitan aunar oferta y demanda de prestaciones¹⁶, pudiendo elaborar políticas sociales según los perfiles de demanda, caracterizados éstos bien por tipos de enfermedad, tratamientos, edad, estado civil o lugar de residencia. Un segundo objetivo principal, complementario al anterior, se refiere al estudio y la influencia del cuidado informal existente en la asignación de la prestación del PIA.

Métodos

El diseño del trabajo corresponde a un estudio transversal de la población dependiente de la provincia de Cuenca. Los datos se

recogieron en la Delegación de Salud y Bienestar Social de Cuenca, siendo la última actualización de la información de fecha 4 de febrero de 2009. La información se obtiene del expediente de cada persona dependiente. El 5 de febrero de 2009, y desde la entrada en vigor de la LAPAD, había 8.185 solicitudes registradas en la provincia de Cuenca. De éstas se habían baremado (tenían reconocidos grado y nivel) 6.311 personas, de las cuales tenían asignada prestación 1.900. Sobre esta población se obtuvo, mediante muestreo aleatorio simple, una muestra representativa que ascendía a 681 personas que tenían otorgada prestación de dependencia. Este dato se calculó teniendo en cuenta la proporción esperada de personas con grado II y nivel 2, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%. Según las estadísticas publicadas por el Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del SAAD-IMSERSO, a 1 de febrero de 2009, el porcentaje de personas dependientes con grado II y nivel 2 en Castilla-La Mancha (excluidas aquellas sin baremar) era del 12,44% (en España del 13,52%).

Por los objetivos del estudio, el análisis estadístico consiste en la especificación de cuatro modelos de regresión logística binaria. En todos ellos la variable dependiente es el tipo de prestación asignada en el PIA: $Y_i=1$, si la prestación del PIA es una prestación económica (artículos 17, 18 y 19 LAPAD); $Y_i=0$ si la prestación no es económica y, por tanto, es un servicio (artículo 15 LAPAD); con $i=1, \dots, n$, siendo n el número de individuos en la muestra. El modelo 1 incorpora como variables explicativas las variables sociodemográficas de la persona dependiente; añadiendo a éste la variable independiente «recibe cuidado informal» se obtiene el modelo 2. Los modelos 3 y 4 toman como variables explicativas las características de salud de la persona dependiente, diferenciándose ambos por la inclusión en el modelo 4 de la variable «recibe cuidado informal».

Estos modelos permiten valorar los factores personales que resultan estadísticamente significativos asociados a la asignación de un tipo u otro de prestación¹⁷. En este sentido, las *odds ratio* miden la asociación entre la variable dependiente (prestación económica o de servicios) y cada una de las variables independientes (características personales), ajustando por el resto de ellas. Las variables independientes incluidas en este trabajo son de dos tipos. En primer lugar se han considerado las características sociodemográficas del receptor, como el sexo (hombre-mujer), la edad categorizada (< 65 años, 65-74 años, 75-84 años, 85-94 años y > 95 años), el estado civil (casado, soltero o viudo), las rentas anuales del trabajo (que en la mayoría de los casos se limitan a la pensión de jubilación, diferenciando dos categorías según si las rentas son inferiores a 9.500 € o iguales o superiores a 9.500 €; se elige este umbral con el fin de poder estudiar el comportamiento de las rentas más altas y las rentas medias-bajas en la asignación de prestaciones, de acuerdo con la naturaleza de la muestra, compuesta por una porción relevante de personas beneficiarias de pensiones mínimas del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social) y el lugar de residencia de la persona antes de recibir la prestación de dependencia (zona urbana si reside en Cuenca, y zona rural si reside en otro municipio). En los modelos 2 y 4 se incluye además como variable explicativa la efectiva recepción de apoyo informal por parte de la persona dependiente.

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

por la ley para los años 2012-2015, por lo que no se ha considerado en el análisis.

Resultados

Del total de personas incluidas en la muestra, 436 son mujeres (63,2%) y 254 son hombres (36,8%), 570 reciben prestación económica (83,7%; de las cuales 557 [97,72%] son prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, y 13 [2,28%] son prestaciones económicas vinculadas al servicio) y 111 reciben prestación de servicios (16,3%), en concreto atención residencial. Un 16,52% (114 personas) han sido baremadas con grado II, y ascienden al 83,48% (576) las baremadas como grandes dependientes (grado III). En total, 552 personas (80%) reciben apoyo informal además de la prestación formal asignada en el PIA. La **tabla 1** recoge un análisis descriptivo de frecuencias de la muestra utilizada, según el tipo de prestación asignada en el PIA.

La estimación de los modelos 1 y 2 de regresión logística se muestra en la **tabla 2**. Una persona con estado civil casado y que posee rentas anuales superiores a 9500 € supone el cuádruple y casi el doble de probabilidad, respectivamente, de que una persona dependiente tenga asignada una prestación económica frente a una de servicios, respecto a una persona que no esté casada y no posea dichas rentas; ambas probabilidades aumentan, respectivamente, hasta casi 6 y 4 veces cuando se introduce la variable «recibe apoyo informal». Residir en una zona urbana aumenta la probabilidad de tener asignada una prestación de servicios frente a una persona que vive en el ámbito rural, en ambos modelos. Asimismo, una persona que recibe cuidado informal multiplica por 3239 la probabilidad de que le sea asignada una prestación económica (frente a un servicio) respecto a una persona que no dispone de apoyo informal.

En el modelo 1 han resultado estadísticamente significativas en el análisis nueve variables, mientras que en el modelo 2 se han reducido a cinco las variables estadísticamente significativas.

La estimación de los modelos 3 y 4 de regresión logística se muestra en la **tabla 3**. En el modelo 3, sólo los tratamientos a seguir según prescripción médica han resultado estadísticamente significativos; de éstos, el tratamiento que incrementa la probabilidad de tener asignada una prestación económica es el higiénico-dietético, que multiplica por 2,3 veces para una persona dependiente que tiene prescrito dicho tratamiento respecto a una que no lo tiene.

En el modelo 4, las enfermedades neurológicas, los tratamientos higiénico-dietético y psicoterapéutico, y recibir apoyo informal, han resultado estadísticamente significativos en el análisis. Las dos primeras suponen un aumento de la probabilidad de asignación de una prestación económica (frente a un servicio) en 4,5 y 3,59 veces para una persona que sufre una enfermedad neurológica o que tiene que seguir un tratamiento higiénico-dietético respecto de una persona que no padece esa enfermedad o no debe seguir dicho tratamiento. Asimismo, una persona que recibe apoyo informal multiplica por 4775 la probabilidad de que le sea asignada una prestación económica (frente a un servicio) respecto a una persona que no dispone de cuidado informal.

Las medidas de bondad de ajuste global de los modelos se recogen en la **tabla 4**. Los cuatro modelos han resultado significativos globalmente: el R cuadrado de Nagelkerke y el de McFadden indican un ajuste global aceptable de los modelos 1 y 3 (no se incluye cuidado informal), y un alto ajuste de los modelos 2 y 4 (incluye cuidado informal). Ello se debe a que la especificidad de los modelos 1 y 3, esto es, la probabilidad de designar correctamente a una persona dependiente cuya prestación asignada es la observada como de servicios o fracción de verdaderos negativos, es del 9,91% y del 1,80%, respectivamente. Sin embargo, con la introducción de la variable «apoyo informal» (modelos 2 y 4), la especificidad de los modelos mejora hasta el 97,30% y el 95,50%, respectivamente, tal y como muestran las curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*)

Tabla 1
Análisis descriptivo de la muestra utilizada

Variable	Muestra total, N = 681	Prestación PIA económica, N = 570 (83,7%)	Prestación PIA servicio, N = 111 (16,3%)
	N (%)	n (%)	n (%)
Sexo			
Hombre	253 (37,2)	222 (38,9)	31 (27,9)
Mujer	428 (62,8)	348 (61,1)	80 (72,1)
Edad (años)			
< 65	87 (12,8)	76 (13,3)	11 (9,9)
65-74	82 (12,0)	72 (12,6)	10 (9,0)
75-84	246 (36,1)	210 (36,8)	36 (32,4)
85-94	233 (34,2)	191 (33,5)	42 (37,8)
≥ 95	33 (4,9)	21 (3,7)	12 (10,8)
Estado civil			
Casado	281 (41,3)	266 (46,7)	15 (13,5)
Soltero ^a	107 (15,7)	81 (14,2)	26 (23,4)
Viudo	293 (43,0)	223 (39,1)	70 (63,1)
Rentas (euros)			
< 9.500	521 (76,5)	424 (74,4)	97 (87,4)
≥ 9.500	160 (23,5)	146 (25,6)	14 (12,6)
Localidad			
Rural	551 (80,9)	476 (83,5)	75 (67,6)
Urbana	130 (19,1)	94 (16,5)	35 (31,5)
Enfermedades			
Neurológicas ^b	443 (65,1)	364 (63,9)	79 (71,2)
Corazón/ap. circulatorio ^c	430 (63,1)	368 (64,6)	62 (55,9)
Musculoesqueléticas ^d	288 (42,3)	243 (42,6)	45 (40,5)
Diabetes	159 (23,3)	137 (24,0)	22 (19,8)
Insuficiencia renal	48 (7,1)	41 (7,2)	7 (6,3)
Insuficiencia respiratoria	19 (2,8)	17 (3,0)	2 (1,8)
Tratamiento			
Farmacológico	620 (91,0)	513 (90,0)	107 (96,4)
Higiénico-dietético	327 (48,0)	274 (48,0)	53 (47,7)
Psicoterapéutico	144 (21,1)	99 (17,4)	45 (40,5)
Rehabilitador	160 (27,5)	111 (19,5)	49 (44,1)
Dependencia			
Grado II	111 (16,3)	94 (16,5)	17 (15,3)
Grado III	570 (83,7)	476 (83,5)	94 (84,7)
Recibe apoyo informal	545 (80,0)	544 (95,4)	1 (0,9)

^a Incluye dos personas cuyo estado civil es separado, y una de estado civil divorciada.

^b Recoge las siguientes enfermedades: enfermedad de Alzheimer, otra demencia distinta de Alzheimer, lesión cerebral traumática, hemiplejia/hemiparesia, esclerosis múltiple, parkinsonismo, epilepsia y otras enfermedades neurológicas.

^c Recoge las siguientes enfermedades: accidente vascular cerebral, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad arterial coronaria, hipertensión, arritmias cardiacas, enfermedad vascular periférica arterial y otras enfermedades del corazón/aparato circulatorio.

^d Recoge las siguientes enfermedades: artritis, artrosis, fractura de cadera, otras fracturas, osteoporosis y otras enfermedades musculoesqueléticas.

(fig. 2). Por último, la diferencia BIC¹⁸ (*Bayesian Information Criterion*) arroja una evidencia muy fuerte (entre 0 y 2, evidencia débil; entre 2 y 6, evidencia razonable; entre 6 y 10, evidencia fuerte; más de 10, evidencia muy fuerte) para seleccionar el modelo 2 frente al modelo 1 en el caso de las variables sociodemográficas, y el modelo 4 frente al 3 en las variables de salud, a la hora de seleccionar el modelo de mejor ajuste.

Discusión

Este trabajo aporta información acerca de los factores personales asociados a la asignación en el PIA de una prestación monetaria o un servicio. El comportamiento observado en la asignación de prestaciones en cada comunidad autónoma (fig. 1) muestra un predominio de la prestación económica sobre la de servicios, debido al menor coste para la administración y a la ausencia de copago efectivo para el usuario en comparación con la prestación de servicios^{3,14}.

Entre los factores sociodemográficos, el estado civil casado y poseer rentas superiores supone una mayor probabilidad de que la prestación del PIA sea económica¹¹; en el primer caso, el

cónyuge o los hijos pueden cuidar, y en el segundo permite contratar a una tercera persona. Respecto a los factores de salud, los cuatro tipos de tratamiento han resultado significativos en el análisis¹⁵, pero sólo el tratamiento higiénico-dietético incrementa en casi 2,5 veces la probabilidad de tener asignada una prestación económica en lugar de un servicio, debido a que no es necesaria una gran formación del cuidador en dicho tratamiento, mientras que sí lo es en el resto de los tratamientos. Respecto al grado de dependencia, se observa que no es significativo en la asignación de prestaciones, justificado porque el grado no es representativo tanto de la prestación más adecuada a las necesidades de la persona dependiente como de la rapidez e intensidad con que precisa dicha prestación.

En ambos casos, cuando se introduce como variable explicativa «recibe cuidado informal», las medidas de ajuste global e individual mejoran: algunos coeficientes dejan de ser estadísticamente significativos al no incrementar el ajuste del modelo¹⁹. Dentro de las variables sociodemográficas, las rentas, el estado civil casado, residir en una zona rural y recibir apoyo informal favorecen la designación de la prestación económica, en especial esta última, ya que multiplica por 3239 veces la probabilidad de que

Tabla 2

Estimación de los modelos 1 y 2 de regresión logística: prestación del PIA en función de las variables sociodemográficas más apoyo informal

	Modelo 1: Variables sociodemográficas sin apoyo informal			Modelo 2: Variables sociodemográficas con apoyo informal		
	β	Sig.	Odds ratio	β	Sig.	Odds ratio
Sexo						
Mujer			1			1
Hombre	0,017	0,949	1,017	-0,439	0,452	0,645
Edad (años)						
< 65			1			1
65-74	-1,195	0,031 ^b	0,303	1,053	0,407	2,866
75-84	-1,332	0,006 ^a	0,264	0,542	0,642	1,720
85-94	-1,185	0,021 ^b	0,306	0,447	0,707	1,564
> 95	-1,949	0,002 ^a	0,142	0,636	0,653	1,889
Estado civil						
Viudo			1			1
Casado	1,479	0,000 ^a	4,388	1,758	0,006 ^a	5,801
Soltero	-0,649	0,094 ^c	0,523	0,459	0,582	1,583
Rentas (euros)						
< 9.500			1			1
≥ 9.500	0,577	0,082 ^c	1,781	1,283	0,031 ^b	3,608
Localidad						
Rural			1			1
Urbana	-0,941	0,000 ^a	0,390	-1,243	0,042 ^b	0,289
Recibe apoyo informal	-	-	-	8,083	0,000 ^a	3239,094
Constante	2,606	0,000 ^a	-	-2,424	0,050 ^b	-

^a Significación al 1%.^b Significación al 5%.^c Significación al 10%.**Tabla 3**

Estimación de los modelos 3 y 4 de regresión logística: prestación del PIA en función de las variables de salud más apoyo informal

	Modelo 3: Variables de salud sin apoyo informal			Modelo 4: Variables de salud con apoyo informal		
	β	Sig.	Odds ratio	β	Sig.	Odds ratio
Enfermedades neurológicas	-0,092	0,707	0,912	1,509	0,029 ^b	4,521
Enfermedades corazón/ap. circulatorio	0,211	0,366	1,234	0,048	0,923	1,050
Enfermedades musculoesqueléticas	0,094	0,678	1,098	-0,004	0,993	0,996
Diabetes	0,060	0,830	1,062	0,742	0,221	2,010
Insuficiencia renal	0,190	0,670	1,210	-0,442	0,653	0,643
Insuficiencia respiratoria	0,493	0,524	1,637	-1,475	0,492	0,229
Tratamiento farmacológico	-1,355	0,013 ^b	0,258	-1,113	0,266	0,329
Tratamiento higiénico-dietético	0,867	0,002 ^a	2,380	1,279	0,032 ^b	3,592
Tratamiento psicoterapéutico	-0,756	0,015 ^b	0,470	-1,721	0,070 ^c	0,179
Tratamiento rehabilitador	-1,209	0,000 ^a	0,298	-0,636	0,474	0,530
Grado II			1			1
Grado III	-0,144	0,638	0,866	-0,061	0,934	0,941
Recibe apoyo informal	-	-	-	8,471	0,000 ^a	4774,918
Constante	3,058	0,000 ^a	-	-1,639	0,180	-

^a Significación al 1%.^b Significación al 5%.^c Significación al 10%.

a una persona le sea asignada una prestación monetaria frente a una de servicios, respecto de una persona que no recibe cuidado informal.

En cuanto a las variables de salud, los tratamientos farmacológico y rehabilitador dejan de ser estadísticamente significativos, mientras que la variable «apoyo informal» aparece con una alta asociación sobre el tipo de prestación asignada: si hay apoyo informal, la probabilidad de que ésta sea económica aumenta en 4,775 veces frente a un servicio, respecto de no existir ese cuidado informal. Asimismo, la variable «enfermedades neurológicas» resulta estadísticamente significativa cuando se introduce en el modelo el cuidado informal, lo que significa que una persona dependiente que padece este tipo de enfermedad tiene 4,5 veces

más probabilidad de que la prestación del PIA sea económica (frente a un servicio) en comparación con una persona que no la padece, en contra de la institucionalización de la persona dependiente²⁰. Por tanto, la existencia de apoyo informal condiciona la asignación de la prestación de dependencia, y debe valorarse en el diseño de la oferta de prestaciones¹⁶. La justificación radica en que son las prestaciones económicas, y dentro de éstas la establecida para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, la más utilizada en la asignación de prestaciones^{3,14}.

Si en el presente estudio se consideran las prestaciones económicas como apoyo informal (avalado por la anterior justificación y porque esas prestaciones no requieren de la percepción de un servicio suministrado por un profesional), los resultados

Tabla 4
Medidas de bondad de los modelos de regresión logística

	Modelo 1: sociodemográficas sin apoyo informal Valor	Modelo 2: sociodemográficas con apoyo informal Valor	Modelo 3: salud sin apoyo informal Valor	Modelo 4: salud con apoyo informal Valor
Ji al cuadrado	73,582 ^a	480,201 ^a	54,531 ^a	478,466 ^a
-2 log de verosimilitud	531,969	125,349	551,020	127,084
R cuadrado ajustado de McFadden	0,092	0,760	0,050	0,747
R cuadrado de Nagelkerke	0,174	0,859	0,131	0,857
Porcentaje correcto predicción (Observado: No – Pronosticado: No) ESPECIFICITY	9,9%	97,3%	1,8%	95,5%
Porcentaje correcto predicción (Observado: Sí – Pronosticado: Sí) SENSITIVITY	99,0%	96,4%	98,8%	95,8%
Porcentaje global predicción	84,4%	96,6%	83,0%	95,8%
Diferencia BIC (<i>Bayesian Information Criterion</i>)	Modelo 2 – Modelo 1 400,096		Modelo 4 – Modelo 3 378,790	

^a Significación al 1%.

^b Significación al 5%.

^c Significación al 10%.

de los modelos 2 y 4 coinciden con otros trabajos nacionales^{11,12} e internacionales^{21,22} que analizan la relación existente entre los cuidados formal e informal. Concluyen, para el caso español, un mayor uso del apoyo informal, complementado con el formal cuando el cuidador informal no puede satisfacer las necesidades de la persona dependiente. Esta hipótesis justificaría el gran ajuste de los modelos 2 y 4 (tabla 4, fig. 2), puesto que en ambos casos la variable dependiente e independiente «recibe apoyo informal» serían una variable idéntica, con la casuística de que el apoyo informal cambia de nombre al ser reconocido jurídicamente tanto en la LAPAD como en la jurisprudencia legislada para ello, pero no de concepto, al ser suministrado por el mismo perfil de cuidador informal.

Pueden señalarse tres limitaciones de este trabajo. La primera, puesto que el cuidador informal y su elevado peso son una característica del modelo mediterráneo⁵, unido a que la LAPAD se encuentra en periodo de instauración (hasta 2015), son escasos los estudios con los cuales comparar el presente trabajo. La segunda

se refiere a que los resultados obtenidos con las variables de salud son meramente explicativos. Se ha asumido la independencia entre variables con el fin de explicar el efecto de cada una de ellas sin tener en cuenta la posible relación de distintas enfermedades dentro de un mismo paciente. Por último, la muestra analizada permite extraer conclusiones para una provincia concreta de nuestro país, con un comportamiento propio e intrínseco que puede ser distinto en el resto de las provincias.

Se ha señalado que el diseño de la ley podría ser cuestionado¹⁴, por tratarse de un impulso de una oferta burocratizada de servicios, con fuertes dosis de corporativismo público, en contra de la migración de algunos países hacia las posibilidades de un aseguramiento regulado o una prestación económica contra factura de servicios libremente elegida^{3,23}. En este sentido, el presente trabajo pretende arrojar información acerca de los condicionantes que intervienen en la asignación de la prestación de dependencia, permitiendo valorar la idoneidad y la adecuación del diseño inicial de la LAPAD a la demanda social real.

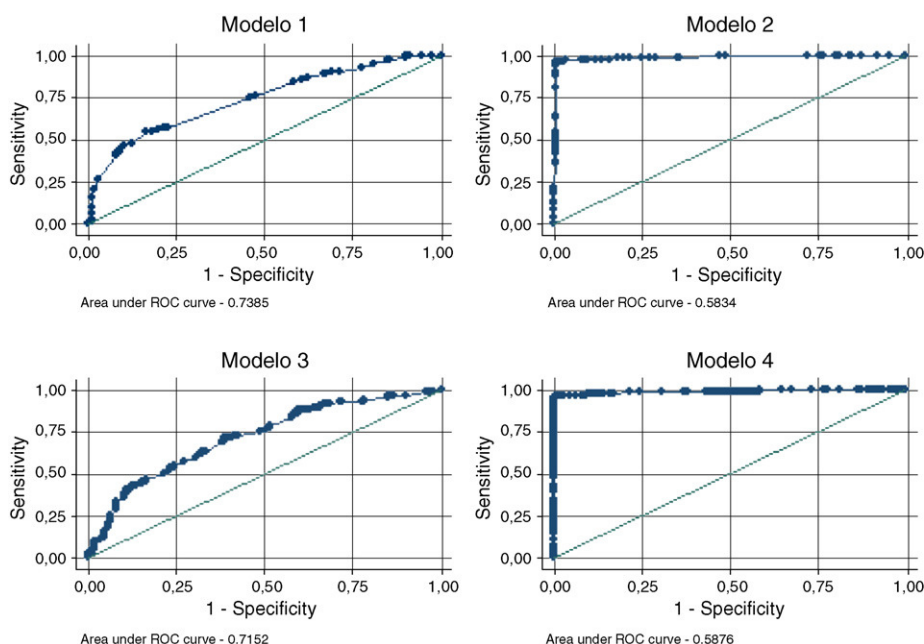


Figura 2. Curvas ROC de los diferentes modelos de regresión logística.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En el periodo de implantación de la Ley de Dependencia en España, un alto porcentaje de las prestaciones de dependencia concedidas son de carácter económico. Dentro de éstas, destaca notablemente la prestación para cuidados en el entorno familiar y el apoyo a los cuidadores no profesionales.

¿Qué aporta el trabajo realizado a la literatura?

Se analizan microdatos sociodemográficos y de salud, vinculados a personas concretas, con un nivel de dependencia reconocido, una prestación asignada y unos servicios establecidos. Los resultados del análisis pueden servir para aprender de la experiencia y plantear estrategias de atención a la dependencia a medio y largo plazo, tanto regionales como nacionales.

Contribuciones de autoría

P. Moya recogió y tabuló los datos. R. del Pozo realizó los análisis, interpretó los resultados y llevó a cabo la redacción del primer borrador del documento. F. Escribano es el investigador principal del proyecto del cual se han obtenido los datos y propulsor de la idea del trabajo. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos, revisaron los borradores del manuscrito y aprobaron la versión final.

Financiación

Trabajo cofinanciado por el Proyecto de Investigación en Salud concedido por el FISCAM (Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha), «Análisis coste-eficiencia de los cuidados a los mayores con dependencia en la provincia de Cuenca», PI 57/2007. R. del Pozo Rubio desarrolla el presente trabajo durante el disfrute de la beca predoctoral para la formación de personal investigador (programa PRINCET), cofinanciado por el Fondo Social Europeo y por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en el marco del Programa Operativo FSE 2007-2013, Exp. 08/028.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Delegación de Bienestar Social de Cuenca su disposición, así como las facilidades mostradas para la realización de la base de datos con que se ha realizado el trabajo.

Bibliografía

1. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. L. N° 39/2006.(14 de diciembre).
2. Escribano Sotos F, Pardo García I. La política sociosanitaria. Análisis de la situación internacional. En: Galindo Martín MA, Fernández Jurado Y, editores. Política socioeconómica en la Unión Europea. Madrid: Editorial Delta; 2006. p. 2-17.
3. Cervera Macià M, Herce San Miguel JA, López Casanovas G, et al. Informe preliminar del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: 2009. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/>
4. IMSERSO (España). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Colección estudios serie dependencia n° 12.001. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
5. Díaz E, Ladra S, Zozaya N. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. Documento de trabajo 143/2009. Madrid: Fundación Alternativas; 2009.
6. Casado Marín D, López-Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de Estudios Sociales, n° 6. Barcelona: Fundación La Caixa; 2001.
7. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. 2004;18:132-9.
8. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, et al. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. Revista Atención Primaria. 2009;41:621-8.
9. Antares Consulting. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España; 2010. Disponible en: www.antares-consulting.com
10. Mestheneos E, Triantafyllou J. Supporting family carers of older people in Europe. The Pan-European background. Hamburg: Lit Verlag; 2005.
11. Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. 2009;83:393-405.
12. Jiménez-Martín S, Vilaplana Prieto C. Trade-off between formal and informal care in Spain. Documentos de Trabajo 22. Madrid: FEDEA; 2008.
13. Litwak E. Helping the elderly: the complementarity roles of informal networks and formal systems. Nueva York: Guildford Press; 1985.
14. López Casanovas G, Del Pozo Rubio R. La protección social de los problemas de dependencia en España. Documentos de Trabajo Fundación CASER-CRES n° 1. Barcelona; 2010. Disponible en: <http://www.upf.edu/cres/en/publicacions/caser.html>
15. Ayuso Gutiérrez M, Del Pozo Rubio R, Escribano Sotos F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. Rev Esp Salud Pública. 2010;84:789-98.
16. Vilaplana Prieto C. Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia. Presupuesto y Gasto Público. 2009;56:184-204.
17. Greene WH. Econometric analysis. 3rd ed. New York: Prentice-Hall; 1997.
18. Escobar Mercado M, Fernández Macías E, Bernardi F. Análisis de datos con Stata. Cuadernos Metodológicos 45. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
19. Novales Cinca A. Too much testing, poor testing: a review essay of research in empirical economics. Madrid: Departamento de Economía Cuantitativa. Universidad Complutense de Madrid; 2006. Disponible en <http://www.ucm.es/info/ecocuan/anc/alicante.pdf>
20. Luppá M, Luck T, Brähler E, et al. Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2008;26:65-78.
21. Van Houtven CH, Norton EC. Informal care and health use of older adults. Journal of Health Economics. 2004;23:1159-80.
22. Bolin K, Lindgren B, Lundborg P. Informal and formal care among single-living elderly in Europe. Health Economics. 2008;17:393-409.
23. Glendinning C, Challis D, Fernández JL, et al. Evaluation of the individual budgets pilot programme: final report. University of York: Social Policy Research Unit; 2008.