

Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares

Regional Models of Social Organization of in-home Care for the Elderly

Raquel Martínez-Buján

Palabras clave

- Cuidadores
- Dependientes
- Diferencias regionales
- Personas mayores
- Prestaciones
- Relaciones familiares
- Servicios de atención de adultos

Key words

- Caregivers
- Dependents
- Regional Differences
- Elderly
- Assistance
- Family Relations
- Adult Care Services

Resumen

La mercantilización de los cuidados familiares a través del servicio doméstico y la incorporación de prestaciones económicas desde la entrada en vigor de la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia» (LAPAD) han sido los cambios más relevantes que en la última década ha experimentado la provisión del cuidado doméstico dirigido a las personas mayores. Dada la diferenciación interna existente en España en cuanto a la extensión de los servicios sociales, los subsidios dirigidos a la asistencia y la privatización, el artículo se centra en indagar sobre la emergencia de variados modelos de organización social de los cuidados entre las Comunidades Autónomas y determinar el carácter regional de los mismos. Mediante la aplicación de un análisis de correspondencias se presenta una clasificación de la distribución territorial de los cuidados familiares, públicos y privados en cada una de las regiones.

Abstract

The commercialization of in-home care services and the incorporation of economic assistance following the implementation of the "Law on the Promotion of Personal Autonomy and Care of Dependent People" (LAPAD) are the most significant changes occurring in the social organization of senior care over the past decade. Given the internal diversity of the Spanish social services system-- subsidies offered for care and privatization, this study explores the various social organization models of family care in the Autonomous Communities, examining regional differences. Correspondence analysis was used to create a national classification system based on public and private family care in the different regions.

Cómo citar

Martínez-Buján, Raquel (2014). «Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145: 99-126. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>)

La versión en inglés de este artículo puede consultarse en <http://reis.cis.es> y <http://reis.metapress.com>

Raquel Martínez-Buján: Universidade da Coruña | rmbujan@udc.es

INTRODUCCIÓN¹

La finalidad de este artículo es doble: por una parte, realizar un análisis comparativo de la organización social de los cuidados dentro de los hogares a las personas mayores en cada una de las Comunidades Autónomas españolas y, por otra, estudiar las posibles repercusiones de la protección social pública en la configuración de modelos de provisión de la asistencia a escala territorial.

En España, la atención de personas en situación de dependencia ha experimentado dos cambios relevantes en la última década. Uno de ellos, a partir del año 2007, con la implantación de la Ley 39/2006 de Promoción y Autonomía de las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD, en adelante). Esta legislación supuso la puesta en marcha de un sistema nacional de cuidados de larga duración que ha renovado el marco de servicios sociales y prestaciones económicas destinadas a los cuidados personales. El otro viene gestándose desde finales de los años noventa y consiste en la consolidación de una estrategia de privatización de los cuidados familiares a través del servicio doméstico (Martínez, 2010; Colectivo IOÉ, 2005).

Esta tendencia hacia la mercantilización se ha apoyado en la contratación de mujeres inmigrantes como empleadas de hogar, frecuentemente reclutadas en régimen de convivencia con la persona a la que cuidan, concentrando dicha actividad especialmente a trabajadoras en situación irregular (González,

2013; Marcu, 2009; Martínez, 2009). Los datos de la última «Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia» (EDAD, en adelante), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012), estiman la incidencia de este fenómeno: el 78,8% de los cuidadores principales en España pertenecen a la familia y la contratación de empleadas de hogar como cuidadoras se ha convertido en el principal recurso de aquellos hogares que deciden externalizar la asistencia personal, fórmula que es utilizada especialmente para los cuidados dirigidos a personas mayores. De hecho, se estima como media nacional que un 10,2% de los adultos mayores en situación de dependencia utilizan esta vía. Dada la incidencia del fenómeno, la literatura científica ha denominado a este sistema de cuidados mixtos como el de «una migrante en la familia» (Bettio, 2006).

Ambos procesos, los cambios legislativos y la creciente privatización, han contribuido a la transformación del tradicional modelo de organización de los cuidados en los domicilios (entendido como el nivel de participación del Estado, la familia y el mercado), habitualmente caracterizado por la elevada responsabilidad de la familia en las tareas de atención personal y la escasa cobertura de la red de servicios sociales públicos (Tobío *et al.*, 2010; Durán, 2002). Las cifras siguen indicando altos niveles de implicación de los parientes en los cuidados, pero el familismo parece encontrar nuevas formas de expresión a través de la mencionada mercantilización y del desarrollo de nuevos recursos públicos. De esta manera, tal y como indican algunas investigaciones (Marbán, 2009; Da Roit, 2007; Ungerson, 2003), aunque la privatización ha contribuido a mitigar la carga de las tareas de cuidados en los hogares, la gestión sigue recayendo habitualmente a los descendientes. Además, la naturaleza de los programas públicos de atención a personas mayores implantados en los últimos años también ha alterado los cánones sobre los

¹ Este estudio ha sido financiado mediante el proyecto de investigación «Geografías del trabajo de cuidados. Implicaciones de su privatización para la creación de empleo» (CSO2012-32901), subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad dentro del Programa Nacional de I+D+I (2013-2015). La autora agradece a Fiona Williams y al equipo de CIRCLE los valiosos consejos ofrecidos en el transcurso de su elaboración, a Pablo Souto por las sugerencias metodológicas, así como las oportunas reflexiones realizadas por los evaluadores anónimos que han contribuido a mejorar la versión inicial de este documento.

que clásicamente se manifestaba el familismo. Así, los mencionados estudios confirman que la introducción de prestaciones económicas que subvencionan el cuidado familiar tiene efectos sobre la asistencia o bien reforzando el compromiso de los parientes, o bien posibilitando su externalización mediante la contratación de cuidadores no profesionales. En España, este tipo de recursos desde la entrada en vigor de la LAPAD se ha extendido rápidamente en los últimos años mediante la difusión de la denominada «Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar» (PECEF, en adelante), creada por esa ley. Su extensión alcanza hasta un 45,5% de cobertura entre los usuarios, convirtiéndose en la medida más potenciada por la Ley.

Si bien esta es la situación en términos generales, los vínculos que puedan existir entre la aplicación de los programas públicos implementados desde la LAPAD y la gestión de los cuidados en los hogares no son fáciles de analizar de manera uniforme en países como España, en los que muchas competencias en materia de protección social se encuentran descentralizadas en los gobiernos regionales y donde existe una relevante diversidad territorial en términos demográficos, sociales y económicos. La realidad es que ni todas las Comunidades Autónomas (CC.AA., en adelante o CA en singular) presentan distribuciones similares en los recursos sociales, ni grados de participación similares en el mercado en la asistencia. Por tanto, aunque la LAPAD ha supuesto la aprobación de un nivel mínimo de cobertura en todo el Estado, la variedad de provisiones públicas y privadas que se manifiestan entre las CC.AA. mina el concepto ampliamente compartido por la literatura científica de regímenes de cuidados nacionales (Jensen y Lolle, 2010). Es más, incluso se observan contradicciones entre las directrices gubernamentales y las fórmulas seguidas por los gobiernos autonómicos para implementar los recursos promocionados por la LAPAD.

Por ejemplo, mientras que la Ley promulgaba el carácter prioritario de los servicios sociales sobre los subsidios económicos, la elevada divulgación de la PECEF ha desvirtuado la filosofía de la norma (León, 2011). Esta situación, derivada en algunos casos de las dificultades de financiación regionales para promover los servicios sociales (Barriga, 2010), se combina también en otras comunidades con su oposición a aplicar los programas desarrollados por la LAPAD (Costa-Font, 2010). Las exploraciones académicas realizadas en torno a este ámbito también advierten de la escasa igualdad en la configuración de estos recursos públicos entre las Comunidades Autónomas (Rodríguez, 2011; Barriga, 2011).

Así, en la prestación económica para cuidados no profesionales se distinguen coberturas que alcanzan al 43,8% de los usuarios mayores en La Rioja y al 34,8% en Cantabria, pero que descienden al 3,5% en Madrid y al 6,6% en Canarias. Disparidades de semejante magnitud se perciben en la extensión del servicio de ayuda a domicilio, muy amplio en Madrid y Extremadura, con niveles de cobertura entre los mayores del 48,7% y del 42,1% respectivamente, y muy escaso en Galicia y Murcia, donde estas cifras descienden al 7,4 y al 8,3%. Y esta heterogeneidad también se encuentra en la incidencia del servicio doméstico como vía para la provisión de cuidados, que oscila entre el 5,3% de personas mayores que contratan empleadas de hogar como cuidadoras en Canarias, al 12,6% en la Comunidad Valencia, alcanzando la cifra del 20,2% en el País Vasco (INE, 2012).

Los trabajos sobre la existencia de este carácter regional en la provisión de los cuidados son aún escasos e incipientes. Más centrados en estimar los costes de las nuevas prestaciones económicas y sociales y en identificar sus desiguales grados de cobertura entre las regiones (Herrero y De la Fuente, 2009; Barriga *et al.*, 2011; Alonso, 2011), estas investigaciones comienzan tímidamente a

plantearse si realmente estas desigualdades en la provisión formal tienen la fuerza suficiente como para justificar la distinción de modelos regionales de cuidados. Por su parte, la tendencia hacia la privatización se ha abordado prácticamente a partir de análisis cualitativos de caso que, aunque permiten identificar los factores que influyen en dicho fenómeno, no alcanzan a comparar su incidencia a escala territorial ni tampoco las repercusiones que sobre la mercantilización puede propiciar la protección social (Acosta, 2012; Rodríguez *et al.*, 2012; García *et al.*, 2012). Los resultados de estos estudios han sido fundamentales para profundizar en el funcionamiento de la protección social a la dependencia y valorar su accesibilidad, pero también es oportuno que dentro de este ámbito se avance en explicar si los cambios normativos introducidos por la LAPAD han conducido a variaciones tanto en las condiciones bajo las que se desarrollan los cuidados como en el papel del Estado y del mercado en torno a su distribución.

Este artículo se orienta precisamente en esta dirección: la existencia de variantes regionales en la gestión de los cuidados en los hogares definiéndolas a partir de las relaciones existentes entre la naturaleza de los recursos públicos priorizados por cada gobierno autonómico (en forma de servicios sociales o de prestaciones económicas) y las implicaciones del servicio doméstico y del trabajo familiar. Se reconoce que estos modelos proceden de características demográficas, económicas y sociales inherentes a cada una de las Comunidades Autónomas (al igual que sucede en otros ámbitos de la protección social como la educación o la sanidad), aunque se presta especial atención en la influencia que en su configuración ha tenido el tipo de programas públicos predominantes en cada región y cómo se ha procedido a su distribución a partir de diferentes grados de familismo y mercantilización.

La argumentación comienza detallando los desafíos conceptuales a los que debe

enfrentarse la literatura académica sobre el «cuidado social» para analizar los efectos regionales de las políticas nacionales destinadas al cuidado de personas mayores en los hogares. En esta discusión teórica se plantean los elementos que definen la condición nacional y regional de dicho fenómeno en España. A continuación se describen los materiales empíricos y métodos estadísticos utilizados para identificar las variaciones territoriales de la provisión de cuidados. Y finalmente a partir de la modelización de los indicadores construidos mediante un análisis de correspondencias se exploran los resultados, es decir, la clasificación de las CC.AA. a partir de la participación de la familia, el Estado y el mercado en la atención a las personas mayores en los hogares.

LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA PROVISIÓN FORMAL Y SU INFLUENCIA EN LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Las clasificaciones territoriales que, a nivel teórico, se han realizado sobre la provisión de cuidados de larga duración aparecen en la literatura académica a partir de los años noventa. En esta época entran en escena diversas investigaciones que, enfocadas desde una perspectiva de género, tratan de descubrir las estrategias de cuidados en las sociedades occidentales y realizar comparaciones entre distintos países sobre las influencias de la política social en la organización diferencial de la asistencia. Estos estudios influyeron notablemente en el debate científico ya que pusieron de manifiesto la importancia de los cuidados como una categoría de análisis referida al Estado de bienestar, reconociendo el papel de las familias en la atención personal y desafiando el marco analítico sobre el que hasta entonces se basaban las exploraciones en este

ámbito². Dentro de estas aproximaciones, cabe destacar la de Anneli Anttonen y Jorma Sipilä, quienes en 1996 sentaron las bases de este marco de análisis en el que ya se dibujaban dos focos contrapuestos: Europa del Sur (España, Grecia, Italia y Portugal), caracterizada por un limitado suministro de servicios sociales, donde la mujer se ocupa del bienestar personal de la familia a tiempo completo y, por tanto, su incorporación al mercado laboral formal es baja; y los países nórdicos (Suecia, Noruega y Finlandia), con una amplia red de servicios públicos y unas elevadas tasas de inserción laboral femenina.

Posteriores investigaciones en este ámbito, desarrolladas principalmente en la primera mitad de la década del 2000, derivaron en un nuevo marco teórico conocido como «social care theory»³ (Daly y Lewis, 2000). Entre sus principales avances se encuentra la consideración de la filosofía inspiradora de los programas de protección social como un factor importante en la estructuración de los cuidados familiares. Aportaciones interesantes en torno a esta materia aparecen en los trabajos realizados por Sigrid Leitner (2003) y Francesca Bettio y Janneke Plantenga (2004), quienes proceden a clasificar los regímenes de cuidados europeos según la filosofía predominante en los recursos públicos dirigidos a la atención personal. Leitner realiza una interesante revisión de las medidas políticas que pueden considerarse familistas, entre las que incluye las excedencias para cuidar y las transferencias económicas, y aquellos recursos que mitigan la responsabilidad familiar del cuidado, entre los que destaca la fortaleza de los servicios sociales públicos. Combinando cada uno de estos programas, identifica cuatro tipos de familis-

mo y encuadra a España en los países de «familismo implícito», caracterizados por una débil red de servicios sociales y de transferencias económicas y, por lo tanto, por una delegación absoluta de la asistencia a la parentela. Esta clasificación coincide con la realizada por Bettio y Plantenga (2004). Ambas autoras descubren que la insuficiencia de servicios sociales es común en países como Grecia, Italia, Irlanda y España, pero las consecuencias sociales y económicas de esta situación no son uniformes. Así, en el caso de España el resultado es una elevada intensidad del cuidado informal y una escasa incorporación de la mujer en el mundo laboral. En cambio, en Portugal, la debilidad de los servicios sociales convive con una alta participación femenina en el mercado de trabajo que se remonta a épocas coloniales, cuando las mujeres reemplazaron en el mercado a los hombres que emigraron a las colonias.

A partir de la primera década del 2000, estos análisis comparativos sobre la extensión de los servicios sociales, la intensidad del cuidado informal y las repercusiones de los programas de protección social en la familiarización dejan paso a otros que intentan explicar la organización social de los cuidados que se estaba implantando en los países de Europa del Sur, y entre ellos, España. El componente de la familia como institución central en la provisión es indiscutible, pero su rol ya estaba adquiriendo nuevos carices a través de la mercantilización por medio del servicio doméstico y de la participación de mujeres inmigrantes en este proceso (Kilkey *et al.*, 2010; Benería, 2008). Es decir, el estudio de las relaciones entre la política social y los modos de provisión de los cuidados en los hogares requería de nuevas variables analíticas que ofreciesen explicaciones a la acelerada privatización de los cuidados familiares. Este reto que se plantea a la teoría del cuidado social se ha solucionado incorporando a estas investigaciones otros procesos que operan en un nivel macro, como la

² Tradicionalmente centradas en la corriente de la «theory of power resources» (Esping-Andersen, 1990).

³ Se ha preferido mantener el término en inglés debido a la ausencia de acuerdo en su traducción al castellano.

«división internacional del trabajo» (Shutes, 2012; Williams, 2011; Hochschild, 2000; Parreñas, 2001).

En Europa, Bettio *et al.* (2006) y Dwan Lyon y Miriam Gluksmann (2008) han explorado comparativamente las interrelaciones entre los regímenes de cuidados y las migraciones femeninas. Estos estudios ofrecen explicaciones multicausales para analizar el recurso creciente a las mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados y coinciden en afirmar que la proliferación de transferencias monetarias directamente gestionadas por las familias que demandan trabajo de cuidados intensivos ha incentivado la contratación de trabajadores domésticos para efectuar estas tareas. Bettio *et al.* (2006) explican, basándose en el caso de Italia, cómo las mujeres inmigrantes están reemplazando en la actualidad el trabajo informal de cuidados de las mujeres autóctonas. Lyon y Gluksmann (2008), utilizando el término «configuraciones de cuidado», examinan la naturaleza de los nexos entre la provisión informal, formal, remunerada y no remunerada y concluyen que efectivamente la configuración de los cuidados en España y, en general, en los países del Sur de Europa está centrada en el trabajo de la mano de obra inmigrante en el seno del servicio doméstico.

Todas estas investigaciones han aportado un amplio conocimiento tanto sobre las diferentes provisiones de cuidados en los países europeos como sobre las repercusiones de las políticas sociales en la gestión familiar de la asistencia. Sin embargo, un elemento común en todos estos estudios ha sido la realización de análisis comparativos asumiendo que los servicios de cuidados se implantan de manera uniforme dentro de los Estados, y que las diferencias regionales en cuanto a niveles de desarrollo político, social, económico y demográfico no son tan relevantes como para que quepa hablar de sistemas de cuidados territoriales con características divergentes de las que presentan a nivel nacional en conjunto. Y estos análisis

son especialmente pertinentes en aquellos países en los que, como España, la principal responsabilidad de implementación de los servicios sociales recae en las entidades regionales y municipales.

Hasta el momento, el debate académico sobre este tipo de variaciones a nivel regional y local se ha centrado en los efectos que la descentralización de competencias puede inducir en la existencia de coberturas muy dispares en los servicios sociales de un mismo país. En este sentido, se ha discutido si estas divergencias territoriales en la provisión formal de los cuidados responden realmente a necesidades diferenciadas en la población o si, por el contrario, son producto de una fuerte autonomía de los gobiernos regionales y locales con capacidad para modificar las directrices estatales⁴.

Dentro de esta línea de trabajo conviven visiones contrapuestas. Algunos autores han señalado las ventajas de la descentralización, asegurando que las diferencias en los grados de cobertura e intensidades en los servicios de provisión de cuidados deben ser apreciadas como un éxito de los Estados para dar respuesta a la desigualdad espacial de las necesidades de la población. Jyoti Savla *et al.* (2008), por ejemplo, en un intento de averiguar los factores que afectan a la existencia de niveles muy dispares en los servicios de ayuda a domicilio entre los municipios suecos, han encontrado evidencias empíricas de que dichas diferencias obedecen a distintas exigencias a escala municipal. De esta forma, el acceso más amplio a los servicios de cuidados se da en aquellos territorios donde el porcentaje de adultos mayores es más elevado. En este sentido, se

⁴ Este último fenómeno es reconocido bajo el concepto de «path dependency» (dependencia de camino). Con este término se explica la independencia y fortaleza con las que las políticas sociales se ejecutan local y regionalmente con respecto a las direcciones marcadas a nivel nacional (para una amplia revisión teórica sobre esta materia, Boyne y Powell, 1991).

considera que la transferencia de competencias es esencial para asegurar la existencia de servicios sociales de acceso equitativo (Sellers y Lidström, 2007). Sin embargo, otros autores, como Trydegard y Thorslund (2010), también demuestran que en Suecia existen unas determinadas pautas históricas que marcan la provisión diferencial de cuidados a escala municipal. Señalan una situación similar Nielsen y Andersen (2006, en Jensen y Lolle, 2010), en su estudio sobre las diez regiones con más y menos gasto invertido en el cuidado de personas mayores en Dinamarca. Concluyen que los gobiernos municipales con inversiones más elevadas son aquellos en los que el desarrollo de los servicios de atención personal constituye una prioridad política deliberada. Incluso se ha llegado a acuñar el término de «welfare municipalities» para subrayar el significativo rol de los municipios en la distribución de los servicios sociales y la existencia de diferentes niveles de provisión pública a escala local (Kröger, 1997; Trydegard y Thorslund, 2001).

Las tensiones que pueden surgir entre los principios universalistas y la autonomía local son, por tanto, evidentes cuando se estudia la provisión formal de los cuidados, pero no bastan para explicar adecuadamente la territorialización de su organización. Exploran la gestión de la asistencia a partir de los programas de política social y visualizan las contradicciones existentes entre los principios nacionales que definen las políticas sociales de los Estados de bienestar y las distintas fórmulas que a nivel regional y local adquieren dichos programas (Trydegard y Thorslund, 2010; Rauch, 2008). Sin embargo, la organización social de los cuidados a escala regional abarca más que las políticas sociales y sus intervenciones. Hace referencia a un conjunto de relaciones sociales situadas en las interacciones entre el Estado, el mercado y las familias, por lo que su alcance se extiende más allá de la actividad de cuidar en sí misma (Daly y Lewis, 2000). Y estas interrelaciones no siempre presentan

de manera inequívoca direcciones homogéneas en un mismo Estado. Por ahora, pocas investigaciones han intentado incorporar esta perspectiva territorial y estudiar la influencia de desiguales desarrollos de los servicios sociales y de las prestaciones económicas en el surgimiento de variedades subnacionales en la gestión de los cuidados. Realmente, si la naturaleza de la protección social repercute en la manera en la que las familias organizan la asistencia, grados diferentes de cobertura e intensidad en la provisión formal revertirían en estrategias diferenciadas para afrontar los cuidados entre los parientes. De entre las escasas y recientes aportaciones científicas realizadas en este ámbito destaca el estudio de Barbara da Roit (2012) sobre el caso de Italia. Construido teóricamente sobre la «social care theory», la autora reconoce la diversidad del país en cuanto a niveles demográficos, económicos, sociales y de provisión de servicios en los cuidados dirigidos a personas mayores. Analiza estas desigualdades en las tres macro-regiones del país (norte, centro y sur) con el fin de estudiar la influencia de estos factores en la mercantilización de los cuidados y la diversidad de este fenómeno a nivel territorial. Concluye que, a pesar de estas variedades, la pauta de la privatización ha sido similar en todas las regiones y, por tanto, rechaza la idea de su carácter regional.

Otro de los trabajos planteados desde esta perspectiva es el de Raquel Martínez (2010). Estudia la privatización del trabajo familiar de asistencia en torno al servicio doméstico y compara la evolución de este fenómeno entre las Comunidades Autónomas de Galicia y Navarra. A diferencia de Da Roit para el caso italiano, Martínez demuestra divergencias territoriales en su gestión y en las consecuencias que provocan los marcos reguladores. De esta manera, afirma que en Galicia, con grados de envejecimiento más elevados que Navarra y con un acceso muy limitado a servicios sociales, la mercantilización de los cuidados presenta una escasa

incidencia, al contrario que en Navarra, donde la extensión de la privatización es muy elevada y convive con cotas más amplias de cobertura en servicios.

Este artículo se sitúa en una línea de investigación similar puesto que se centra en identificar pautas regionales en la provisión de los cuidados en virtud de diferentes implicaciones del Estado, del mercado privado y de la familia. No obstante, y al contrario de los resultados que Da Roit obtuvo para el caso italiano, se demuestra que en España conviven diferentes maneras de organizar socialmente los cuidados de las personas mayores que pueden ser clasificadas regionalmente. Para ello, se utilizan los conceptos teóricos de familismo y mercantilización desarrollados por la «social care theory» y se analizan las repercusiones que sobre ambos procesos pueden provocar provisiones públicas más centradas en los servicios sociales o en las transferencias económicas. Asimismo, los análisis de los especialistas en política social que han estudiado, a partir de la descentralización de competencias en los cuidados de larga duración, la desigual implementación de los programas públicos a escala regional. La aproximación que aquí se adopta pretende superar las fragmentaciones analíticas existentes entre ambas perspectivas, tratando de explicar si las medidas sociales y las prestaciones económicas han tenido la suficiente fuerza como para definir una provisión de cuidados formal diferenciada a escala autonómica que permita distinguir realidades subnacionales con efectos sobre la gestión social de los cuidados.

DATOS Y MÉTODOS

Para analizar la organización social de los cuidados destinados a las personas mayores en los hogares se han elaborado una serie de indicadores que miden la cobertura e intensidad de las principales entidades que participan en su provisión; a saber, el Estado, el

mercado y la familia. A continuación se detalla el procedimiento seguido para estimar la implicación de cada una de estas esferas.

1. La provisión del cuidado familiar se ha operacionalizado a través de la construcción de dos indicadores: uno que mide su cobertura y otro que estima su intensidad. a) La cobertura de los cuidados familiares se ha calculado dividiendo el número de personas mayores que solo reciben asistencia familiar entre el total de personas mayores de 65 años con dependencia. b) La intensidad del cuidado familiar se ha estimado a partir del número de personas mayores que únicamente reciben cuidados de alguien de su familia y requieren cuidados más de cuatro horas diarias, dividido entre el total de personas de 65 y más años con dependencia.

Estos dos indicadores se han combinado para la elaboración de un único índice denominado «índice del cuidado familiar». Para su creación se han seguido dos pasos. Primero, cada indicador fue transformado en una escala lineal. Para conseguirlo, se han identificado las CC.AA. con el valor más alto en los indicadores a) y b) y se han expresado esos valores como 100. Seguidamente, a los valores más bajos en ambos indicadores se les otorgó el valor 0. Los valores de las otras regiones se calcularon como porcentajes de ese valor 100 superior. Segundo, se calculó la media de los dos valores de los indicadores transformados. De esta forma se obtuvo un índice con rangos de 0 a 100 (Apéndice A).

La información cuantitativa se ha recabado de la «Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia» (INE, 2012), ya que constituye la base de datos más reciente en España sobre las situaciones de dependencia y discapacidad con representatividad estadística en todas las CC.AA.

2. La provisión pública de cuidados a domicilio. La capacidad del Estado en el suministro de cuidados en los hogares se ha contabilizado teniendo en cuenta los dos únicos

programas de protección social existentes para esta finalidad:

- El servicio de ayuda a domicilio (SAD)⁵. Su extensión se ha medido a través de dos indicadores: a) Uno que representa el número de personas mayores atendidas por el servicio de ayuda a domicilio en cada CA, dividido entre el total de la población dependiente de 65 y más años (la cobertura del SAD). b) Otro que representa la media de horas de atención que dispensa este servicio de atención domiciliaria en cada CA (la intensidad del SAD).

En ambos casos, los datos se consiguieron del informe «Las personas mayores en España» (IMSERSO, 2009) y corresponden, al igual que la encuesta EDAD, al año 2008. Para elaborar el «índice del servicio de ayuda a domicilio» también se procedió a una transformación lineal de ambos indicadores, expresándose como 100 los valores más altos. Los valores de las otras regiones se construyeron como porcentajes de ese valor superior. Después, se ha calculado la media de los valores transformados en los indicadores a) y b), con el fin de obtener un índice que oscila entre 0 y 100 (Apéndice B).

- La prestación económica destinada a compensar los cuidados familiares y no profesionales en los hogares (PECEF). Su incidencia se ha estimado dividiendo el número de personas mayores que cuentan con esta prestación económica entre

el total de personas de 65 y más años con dependencia. Para que estos datos tuviesen la misma fecha que los anteriores se utilizó la información del año 2008 (IMSERSO, 2012).

3. La provisión privada de cuidados a domicilio se ha medido a través del número de mayores que han contratado al menos a un empleado de hogar como cuidador, dividido entre el total de personas de 65 y más años con dependencia. La información se ha recabado de la Encuesta EDAD.

Posteriormente a la construcción de estos indicadores se ha realizado un estudio exploratorio de la información cuantitativa utilizando la técnica estadística del análisis de correspondencias (AC). Este análisis estadístico permite asociar las categorías de múltiples variables (en este caso, entidades proveedoras) para comprobar la existencia de relaciones entre ellas con respecto al nivel de intensidad que presentan, en este caso, en cada una de las CC.AA. Además, revela de manera gráfica en qué grado contribuyen a esa relación detectada los valores de las variables introducidas en el análisis. A partir de esa información, que se muestra en un mapa perceptual, se ha elaborado una clasificación de la configuración de los cuidados a nivel regional según la combinación de los diferentes tipos de provisión familiar, pública y privada.

En el análisis se han incluido todos los indicadores descritos en este apartado y tanto el procedimiento como sus resultados se recogen en el Apéndice C. Como todos estos datos proceden de escalas continuas, fue necesario recodificarlos previamente a la realización del análisis de correspondencias y convertir estas variables en cualitativas. El método de recodificación ha sido el descrito por J. P. Benzécri (1992) y M. Greenacre (1994), que consiste en la expresión de los valores de cada variable como rangos que varían de 1 (el valor más bajo en cada variable) a 17 (el valor más alto para cada varia-

⁵ Aunque el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en España se complementa con otros programas como los de comidas sobre ruedas o la teleasistencia, solamente se ha incorporado al análisis el SAD puesto que es el único programa que ofrece cuidados personales en el hogar, objeto de estudio de este artículo. Para lectores interesados en esta materia es interesante observar, sin embargo, que en los últimos años este programa está experimentando un proceso de diversificación en España. Como señala una investigación realizada por Sundström *et al.* (2011), los ratios de cobertura de la ayuda a domicilio en España se mantienen constantes, mientras que aumentan los usuarios de los mencionados servicios complementarios.

ble). A partir de esos rangos se procedió al doblado de las variables para obtener un polo positivo y un polo negativo en cada una de ellas. Esta tabla de datos doblados sustituye los datos originales midiendo la asociación entre cada CA y los polos máximos y mínimos de cada una de las variables.

EL CARÁCTER REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

Los indicadores elaborados para estimar la participación de la familia, el Estado y el mercado privado en la asistencia muestran una enorme heterogeneidad en su distribución territorial. Las divergencias se encuentran tanto en las coberturas e intensidades de los servicios sociales y de las prestaciones económicas como en las estrategias seguidas por los parientes para afrontar los cuidados. Existen niveles dispares tanto en la incidencia de empleadas de hogar contratadas como en el nivel de implicación de las familias en la atención personal. Además, las cifras representadas en la tabla 1 también corroboran que grados similares de desarrollo en la provisión formal no conviven con pautas idénticas de gestión familiar y de privatización. Dicho de otra manera, las tendencias hacia el familismo y la mercantilización coexisten con distintos niveles de servicios públicos de atención.

Tan es así que, por ejemplo, en Andalucía se combina una amplia cobertura de subsidios económicos (30,2% de los mayores que cuentan con una prestación económica destinada a la dependencia) con una elevada participación de los parientes en los cuidados (el 77,4% de los mayores son cuidados exclusivamente por su familia), mientras que en otro territorio como Navarra, en el que las transferencias económicas están también muy desarrolladas, estas no conviven con cuidados familiares tan extendidos, sino que la tendencia ha sido la de la contratación de

cuidadoras no profesionales (el 16,8% de los mayores navarros han contratado a una empleada de hogar dedicada a sus cuidados personales, porcentaje que supera la mencionada media nacional del 10,2%). Algunas CC.AA., en cambio, se han centrado en la proliferación de servicios sociales de atención domiciliaria, como Madrid (el 48,7% de los mayores cuentan con un servicio de ayuda a domicilio del que reciben 18,6 horas de atención semanal), y en otros casos, como en Canarias, la asistencia recae únicamente en la familia con una ausencia de apoyo público (la cobertura del servicio de ayuda a domicilio se sitúa en el 18,7% cuando la media nacional es del 23,3%) y de alternativas privadas para la atención personal (solo el 5,3% de los mayores dependientes han contratado servicio doméstico).

Todas estas desigualdades muestran las diferentes formas que coexisten en España con respecto a la organización de los cuidados. Ahora bien, aunque las cifras advierten de la heterogeneidad, es necesario demostrar relaciones estadísticamente representativas e identificables entre los diferentes proveedores y su ubicación espacial para confirmar la existencia de modelos regionales de asistencia y proceder a su clasificación. Para verificar dichas conexiones se ha aplicado la técnica del análisis de correspondencias. Esta técnica permite descubrir la relación existente entre las regiones y los sistemas de provisión e interpretar las variaciones que se producen en estos a partir de su localización geográfica (Batista y Sureda, 1987). Los resultados de la prueba estadística confirman las relaciones de dependencia entre las variables que miden la participación de los proveedores en la asistencia y su distribución entre las CC.AA. (ya que el valor de p es menor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$), por lo que se corrobora, por una parte, que existen conexiones entre las diferentes entidades de provisión de cuidados en los hogares y, por otra, que pueden identificarse a partir de estas interacciones patro-

TABLA 1. Distribución de la provisión familiar, pública y privada de los cuidados en los hogares destinados a las personas mayores, según CC.AA. en España

	PROVISIÓN FAMILIAR		PROVISIÓN PÚBLICA			PROVISIÓN PRIVADA
	Cobertura (indicador a)	Intensidad (indicador b)	Cobertura SAD (indicador a)	Intensidad SAD (indicador b)	Cobertura prestación PECEF	Cuidadores empleados de hogar
TOTAL	75,0	42,3	23,3	16,9	18,2	10,2
Andalucía	77,4	44,6	16,1	8,4	30,2	7,5
Aragón	67,3	41,6	23,0	9,9	26,3	8,8
Asturias	78,0	43,1	24,9	13,0	12,4	12,4
Baleares	71,4	36,1	19,7	12,8	15,7	16,0
Canarias	81,0	45,3	18,7	24,0	6,6	5,3
Cantabria	73,8	54,0	20,1	19,6	34,8	10,5
Castilla y León	68,8	39,5	25,4	18,3	14,6	9,9
Castilla-La Mancha	74,1	42,8	34,3	16,9	20,4	9,4
Cataluña	80,1	36,5	27,7	15,4	22,6	9,3
C. Valenciana	77,2	50,7	12,6	10,8	7,9	12,6
Extremadura	70,9	41,5	42,1	16,9	12,0	9,4
Galicia	77,3	48,8	7,4	28,0	13,3	9,4
Madrid	71,8	36,1	48,7	18,6	3,5	10,1
Murcia	74,8	40,4	8,3	16,0	21,5	11,7
Navarra	71,1	39,5	17,1	10,5	26,8	16,8
País Vasco	64,8	30,1	32,7	20,6	23,6	20,2
La Rioja	62,3	39,7	39,7	12,1	43,8	17,3

Fuente: Elaboración propia a partir de la «Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia» (INE, 2012); «Las personas mayores en España» (IMSERSO, 2009); Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (IMSERSO, 2012).

Notas:

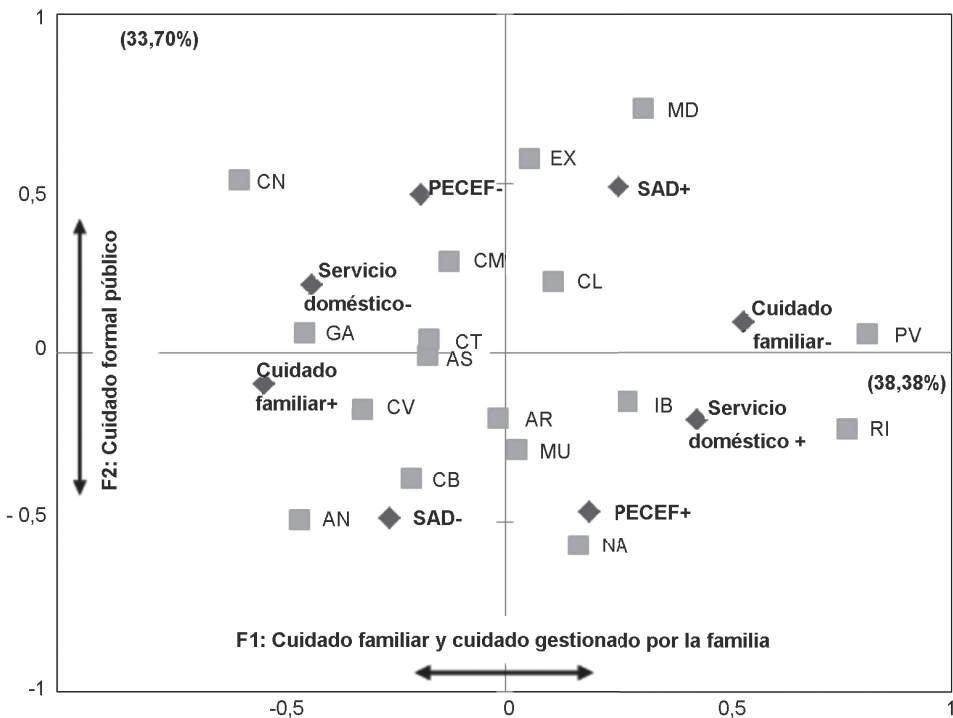
- Cobertura provisión familiar: personas cuidadas solamente por su familia entre el total de personas mayores de 65 años en situación de dependencia (EDAD, 2008).
- Intensidad cuidado familiar: personas cuidadas solamente por su familia que requieren más de 4 horas de atención entre el total de personas mayores de 65 años en situación de dependencia (EDAD, 2008).
- Cobertura SAD: usuarios del servicio de ayuda a domicilio entre personas mayores de 65 con dependencia (IMSERSO, 2009).
- Intensidad SAD: media de horas de atención que dispensa el servicio de ayuda a domicilio (IMSERSO, 2009).
- Cobertura PECEF: beneficiarios de la prestación económica PECEF entre el total de personas mayores de 65 años en situación de dependencia (IMSERSO, 2012).
- Cobertura provisión privada: mayores de 65 años que cuentan con al menos una persona empleada de hogar para suministrar cuidados entre el total de personas mayores de 65 años en situación de dependencia (EDAD, 2008).

nes variados en la prestación de los cuidados.

Una vez que las correlaciones están demostradas, el análisis de correspondencias reduce las variables introducidas a varios factores a partir de estas asociaciones. La finalidad es facilitar la interpretación de las relaciones y proceder a su representación perceptual para observar la posición gráfica que las CC.AA. presentan con respecto a las agencias proveedoras de asistencia. En este caso, la modelización estadística ha generado dos factores que, considerados en conjunto, recogen el 72,1% de la variabilidad de los datos. En el gráfico 1 se muestran los resultados del modelo.

Al factor 1, representado en el eje horizontal, se le ha denominado «cuidado familiar y cuidado gestionado por la familia», puesto que las variables que más contribuyen a su formación han sido las que agrupan la implicación de la familia en la asistencia, y la incidencia del servicio doméstico directamente contratado por los parientes para efectuar las tareas de cuidados (Bettio y Mazzota, 2011). Este factor explica con más fuerza la variación de la información, puesto que aglutina al 38,5% de la inercia de los datos. El factor 2 está representado en el eje vertical y estima el «cuidado formal público». Es decir, computa la incidencia del servicio de ayuda a domicilio (SAD) y de las transfe-

GRÁFICO 1. Mapa simétrico del análisis de correspondencias resultado de la recodificación mediante rangos de los indicadores de la provisión de cuidados en los hogares destinados a las personas mayores en las Comunidades Autónomas españolas



Fuente: Elaboración propia, véanse resultados Apéndice C. SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio, PECEF: Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar; AN: Andalucía, AR: Aragón, AS: Asturias, IB: Baleares, CN: Canarias, CB: Cantabria, CL: Castilla y León, CM: Castilla-La Mancha, CT: Cataluña, CV: C. Valenciana, EX: Extremadura, GA: Galicia, MD: Madrid, MU: Murcia, NA: Navarra, PV: País Vasco, RI: La Rioja.

rencias monetarias (en concreto, la PECEF), contribuyendo a explicar el 33,7% de la varianza.

Las magnitudes de estos valores garantizan que casi no se pierde información al considerar solo estas dos coordenadas, en lugar de todas las originales, de modo que la representación gráfica apenas aparece distorsionada y refleja con bastante claridad las proximidades entre los perfiles. De las cercanías o lejanías entre las categorías que aparecen en el mapa se deducen las distribuciones similares o distintas en la provisión de cuidados entre las CC.AA. La interpretación de la distancia es más flexible cuanto más periféricamente ubicada se encuentre la región, ya que el alejamiento con respecto al origen demuestra una desviación en relación a la media y, por lo tanto, el punto está mejor caracterizado. Las regiones que se alejan del origen son entonces aquellas que muestran provisiones muy distintas del resto.

Teniendo en cuenta estas aclaraciones, el factor 1, designado como «cuidado familiar y gestionado por la familia», es el primer rasgo diferenciador entre las CC.AA. En el gráfico se puede observar cómo las proyecciones de las distribuciones de las regiones de izquierda a derecha reproducen la importancia de dicho sector en cada una de ellas. Los elementos extremos de la polarización están marcados por Canarias y País Vasco. Puede interpretarse, por tanto, que en Canarias existe una alta implicación de la familia en los cuidados con una escasa relevancia del servicio doméstico en su provisión, mientras que en el País Vasco la situación es totalmente la contraria: la incidencia del servicio doméstico es elevada y parece que ello contribuye a mitigar la carga de los cuidados entre los parientes. A partir del gráfico se pueden identificar dos pautas extremas en cuanto a la combinación del servicio doméstico y del cuidado informal:

1. Regiones en las que el cuidado familiar es muy elevado y la participación

del servicio doméstico muy baja. En esta situación se encontrarían Canarias (CAN), Galicia (GAL) y Andalucía (AN).

2. Regiones en las que el cuidado familiar es menor y el servicio doméstico muy relevante. Esta situación prevalece en el País Vasco (PV), La Rioja (RI), Islas Baleares (IB) y Navarra (NA).

Al igual que la proximidad entre las CC.AA. revela distribuciones similares en la provisión de los cuidados, la existencia de cercanías en las instituciones que prestan atención también describe relaciones entre ambas en el conjunto de las CC.AA. De esta manera, puede concluirse que existe una relación inversamente proporcional entre el cuidado familiar y el servicio doméstico: cuanto más elevada es la incidencia de las cuidadoras contratadas, más se aminora la intensidad de la participación de los parientes.

El factor 2, «cuidado formal público», es el segundo gran elemento diferenciador en el modelo y se interpreta de «abajo hacia arriba». Muestra la oposición entre las CC.AA. que han centrado más sus recursos en el servicio de ayuda a domicilio y aquellas que han primado las prestaciones económicas. En el primer caso, estarían Madrid y Extremadura como las regiones que más han potenciado los servicios sociales, y en la parte opuesta, se encontrarían Navarra y Andalucía, como aquellas que más han fomentado las transferencias monetarias. De esta manera y con respecto al factor 2, los patrones que pueden discernirse a escala territorial sobre el cuidado formal público son tres:

1. Por una parte, destacan unas regiones que han potenciado el servicio de ayuda a domicilio de manera muy amplia: Madrid (MD) y Extremadura (EX).
2. Por otra parte, aparecen una serie de CC.AA. que han experimentado un notable desarrollo de las prestaciones económicas y una escasa incidencia

de los servicios sociales. Navarra (NA), Andalucía (AN) y Cantabria (CB) son las principales representantes.

3. Y, finalmente, dos CC.AA. que muestran posiciones similares con respecto a la incidencia de los servicios sociales y de las prestaciones económicas. En ambas se han potenciado de manera elevada los dos recursos. Se trata de La Rioja (RI) y del País Vasco (PV).

A tenor de los resultados, puede afirmarse que el análisis de correspondencias ha clarificado la estructura de los datos facilitando la interpretación de las interrelaciones entre las entidades proveedoras de cuidados y las comunidades. Además, ha proporcionado el marco adecuado para clasificarlas a partir de la información esencial que estos ejes suministran. De eso se ocupa el siguiente apartado.

MODELOS REGIONALES DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LOS CUIDADOS Y SU UBICACIÓN ENTRE EL FAMILISMO, LA PRIVATIZACIÓN Y LA PROFESIONALIZACIÓN

Combinando la incidencia de estos dos factores, se pueden identificar dos procesos en cada una de las CC.AA.: los comportamientos similares de las regiones con respecto a las entidades proveedoras de cuidados y la capacidad de estas entidades para explicar las diferencias de cuidados entre dos regiones determinadas. En esta sección, y a partir de esas relaciones identificadas por el análisis de correspondencias, se ha procedido a clasificar los modelos de cuidados⁶ que

cabe distinguir a nivel territorial y que se muestran en la tabla 2.

Según los resultados, es posible definir en España seis tendencias en la organización del trabajo de cuidados, que responden a las siguientes variedades:

1. Modelo familista absoluto. A pesar de la ampliación generalizada de los servicios sociales en los últimos años, existen regiones en las que los cuidados familiares conviven con una mínima extensión de otras formas de provisión a domicilio tanto públicas como privadas. Se trata de territorios en los que la expansión del SAD no ha sido lo suficientemente amplia como para compensar el trabajo familiar, y en los que las prestaciones económicas todavía se encuentran en una fase incipiente. Este sistema se desarrolla fundamentalmente en los casos de Canarias y de Galicia. En Canarias, el índice de cuidado familiar tiene una puntuación muy elevada (91,9%), la cobertura de la PECEF es tan solo de un 6,6% y el valor del índice del SAD se sitúa en torno al 62%. En Galicia se observa la misma inercia hacia el familismo, aunque se visualiza una tímida tendencia a potenciar las prestaciones económicas (con una cobertura del 13,3%) en detrimento del SAD (con un índice del 50,0%), al contrario que en Canarias.

2. Modelo familista doméstico no subvencionado. Agrupa a las regiones en las que la participación de los recursos públicos (tanto servicios sociales como prestaciones económicas) en la actividad de los cuidados es muy escasa, al igual que en el caso anterior, pero en donde aparece un relevante proceso de mercantilización mediante la contratación de empleadas de hogar. Es más, esta vía se convierte en la principal opción de provisión externa a la familia. Asturias, la Comunidad Valenciana y las Islas Baleares se encuentran en esta situación. Por ejemplo, el índice del servicio de ayuda a domicilio presenta un valor del 32,3% en la Comunidad Valenciana y la incidencia de la PECEF es de

⁶ Teniendo en cuenta la proximidad de los puntos que se proyectan en el plano definido por los ejes principales y el papel que desempeña cada punto (es decir, cada CA) en la determinación de los ejes (las puntuaciones de las CC.AA. en los factores y las contribuciones de las entidades proveedoras en su definición se encuentran en el Apéndice C).

TABLA 2. Clasificación de las Comunidades Autónomas españolas según la organización social de los cuidados en los hogares destinados a las personas mayores

	PROVISIÓN FAMILIAR	PROVISIÓN PÚBLICA		PROVISIÓN PRIVADA
	Índice Cuidado familiar 2008	Índice Servicio de ayuda a domicilio (2008)	Cobertura prestación económica (%) 2008	Cobertura cuidadores empleados de hogar (%) 2008
Absoluto				
Canarias	91,9	62,0	6,6	5,3
Galicia	93,0	50,0	13,3	9,4
Doméstico no subvencionado				
Asturias	88,1	48,7	12,4	12,4
C. Valenciana	94,7	32,3	7,9	12,6
Balears	77,5	43,0	15,7	16,0
Familista subvencionado				
Andalucía	89,1	16,6	30,2	7,5
Cantabria	95,6	55,7	34,8	10,5
Cataluña	83,3	55,9	22,6	9,3
Aragón	80,1	41,3	26,3	8,8
Doméstico subvencionado				
Navarra	80,5	36,3	26,8	16,8
Murcia	83,5	37,1	21,5	11,7
Profesional				
Madrid	77,1	83,3	3,5	10,1
Extremadura	82,3	73,5	12,0	9,4
Castilla-La Mancha	85,4	65,4	20,4	9,4
Castilla y León	79,1	58,6	14,6	9,9
Opcional				
País Vasco	67,9	70,4	23,6	20,2
La Rioja	36,8	62,4	43,8	17,3

Fuente: Elaboración propia (consultar apéndices A y B sobre elaboración de índices).

tan solo un 7,9%. Ante la ausencia de un sistema público de atención a la dependencia, las familias de estas regiones decidieron externalizar los cuidados en el servicio doméstico. En Asturias y en la Comunidad Valenciana las personas mayores que cuentan con una cuidadora no profesional alcanzan el 12,4 y el 12,6%, respectivamente. Destaca,

además, en ambas regiones, una relevante presencia e intensidad de los cuidados familiares, a pesar de la privatización.

Siguiendo las características de estos modelos, parece que la inexistencia de una protección social adecuada convive con tendencias dispares en la organización del trabajo familiar de cuidados. De esta manera, la

ausencia de apoyo estatal a la dependencia en Galicia y Canarias (modelo familista absoluto) refuerza el papel de las familias como principales dispensadoras, sin que aparezca un extenso mercado privado dedicado a estas tareas. Este fuerte familismo, sin embargo, adquiere nuevos carices en Asturias, Baleares y la Comunidad Valenciana («modelo doméstico no subvencionado»), donde, a pesar de unos niveles similares de atención pública (o incluso inferiores), se ha desarrollado un amplio sector privado de cuidados no profesionales en torno al servicio doméstico.

Esta situación revela que pautas similares de implementación de la política social se desarrollan regionalmente en espacios con organizaciones diferenciadas de los cuidados de personas mayores en los hogares. En estos casos, es necesario recurrir a procesos sociales, económicos y demográficos del entorno para explicar la provisión de cuidados y la implicación de los parientes. El nivel de incorporación de las mujeres al mercado laboral y el porcentaje de población extranjera podrían ser factores que repercutieran en este esquema. La ausencia de mujeres dispuestas a ser cuidadoras a tiempo completo y la disponibilidad de un mercado privado de asistencia asequible podrían derivar hacia la mercantilización, tal y como Simonazzi ha encontrado en sus investigaciones (2009). Estudios de caso cualitativos serían oportunos para analizar cada una de estas situaciones, identificar las características de las culturas de cuidados y ofrecer marcos explicativos más profundos de las razones subyacentes a la distinción de estos modelos.

3. Modelo familista subvencionado. También se caracteriza por ser la familia la agencia principal de cuidados, pero en este caso su labor asistencial es apoyada por la Administración pública a través de transferencias económicas de gestión directa. Se incluyen en esta categoría Andalucía, Cantabria, Cataluña y Aragón. La cobertura de los subsidios es muy elevada y se combina con la

existencia de una importante participación de los parientes en la asistencia. Los casos más representativos son Cantabria y Andalucía. En Cantabria, el índice de cuidado familiar alcanza el rango más elevado del país con un valor del 95,6%. En Andalucía la intensidad desciende tan solo un poco y se sitúa en el 85,3%. En ambas regiones, la cobertura de la PECEF sobrepasa el 30%. La incidencia de esta prestación es del 30,2% en Andalucía y del 34,8% en Cantabria (la media nacional es del 18,2%). El porcentaje de empleadas de hogar cuidadoras es escaso en ambas regiones, aunque parece que en Cantabria va a desarrollarse un poco más este recurso, ya que presenta una cifra de un 10,5%. En Cataluña y Aragón se observan las mismas tendencias, aunque en estas comunidades la expansión de la PECEF es algo más escasa.

4. Modelo doméstico subvencionado. Se encuentran en este modelo las CC.AA. que poseen una política social orientada a la concesión de prestaciones económicas y, además, la extensión de este recurso coincide con una elevada presencia de cuidadoras no profesionales contratadas como empleadas de hogar. Este proceso de externalización subvencionada aparece en Navarra y Murcia, donde el porcentaje de empleadas de hogar cuidadoras es del 16,8% y del 11,7%, respectivamente. La cobertura de los subsidios económicos se sitúa en el 26,8% en Navarra y en el 21,5% en Murcia. Es posible que en el futuro Islas Baleares se sumen a este modelo, pues aunque la cobertura de las PECEF todavía se sitúa en el 15,7%, su nivel de privatización mediante el servicio doméstico ya alcanza el 16,0%.

Estudios en diversos países europeos han certificado que el proceso de mercantilización de los cuidados está asociado a la expansión de prestaciones económicas (Williams y Gavanas, 2008; Ungerson y Yeandle, 2007; Bettio, 2006; Ellingsaeter y Leira, 2006). Sin embargo, en España, en las regiones con una amplia difusión de los beneficios

económicos, aquellas con más altas puntuaciones en la cobertura de la PECEF, se presentan tendencias contrarias hacia la mercantilización. En Andalucía, Cantabria, Aragón y Cataluña, los subsidios conviven con una significativa participación de las familias en los cuidados (de ahí que formen parte del «modelo familista subvencionado»). Esta situación es realmente llamativa en Cataluña y Aragón, donde las elevadas coberturas de la PECEF pueden interpretarse como un reconocimiento del papel que desarrolla la familia en los cuidados. Al contrario, en Navarra y Murcia estos subsidios concurren con un elevado porcentaje de empleadas de hogar contratadas, por lo que este esquema convive con una mercantilización que ha suavizado el papel de la familia. Debido a las restricciones que recoge la Ley para que ese dinero se destine a cuidadores no parientes, las probabilidades de que la PECEF apoye el desarrollo de un sector privado de cuidados se encuentran limitadas, aunque algunas investigaciones cualitativas ya han detectado que, en ocasiones, el subsidio es invertido en el salario de una cuidadora no profesional dentro de la economía sumergida⁷ (Martínez, 2010; Cervera, 2009). En todo caso, la introducción de la PECEF y, por tanto, la aplicación de la LAPAD, han variado las condiciones bajo las que se desarrolla el familismo y la mercantilización. Por una parte, en algunas regiones los subsidios han compensado el trabajo familiar y, en aquellas en donde la mercantilización ya era un fenómeno en auge, no ha contribuido a mitigarlo, antes bien, las cifras demuestran la combinación de ambos recursos.

5. Modelo profesional. Aparece en aquellas regiones en las que la política social ha apostado por la promoción del servicio de ayuda a domicilio superando su cobertura a la de la PECEF. Forman parte de este mode-

lo las comunidades de Madrid, Extremadura, Castilla-La Mancha y Castilla y León. El servicio de ayuda a domicilio más intenso, tanto en cobertura como en horas de atención, se encuentra en Madrid, región que presenta un valor del 83,3% en el índice del SAD (el más elevado del país). En esta comunidad, además, las prestaciones económicas únicamente cubren al 3,5% del colectivo mayor con dependencia. La escasa acogida de los subsidios se ha interpretado como una actitud de resistencia del gobierno madrileño hacia la implantación de la LAPAD (Costa-Font, 2010). La elevada expansión de la atención profesional en los hogares ha conseguido marcar una pauta hacia la defamiliaización en estas regiones, excepto en Castilla-La Mancha, donde la implicación de los parientes sigue siendo bastante elevada con respecto al resto de comunidades ubicadas en este grupo.

6. Modelo opcional. Se desarrolla en La Rioja y el País Vasco. Se trata de las regiones que cuentan con la situación más equilibrada de provisión: existe una elevada participación de los servicios sociales, un alto desarrollo de las prestaciones económicas y una relevante presencia de cuidadoras no profesionales contratadas. De ahí que este modelo presente los mayores niveles de defamiliaización y, por eso, se le ha denominado como «opcional». De estas dos comunidades autónomas conviene resaltar que su amplia protección social, lejos de inhibir la demanda de cuidadoras en el régimen doméstico como la lógica podría indicar, registran los porcentajes más elevados de contratación de empleadas de hogar. En el caso del País Vasco, este peso es del 20,2%, y en el de La Rioja, del 17,3%, superando ampliamente el 10,2% de la media estatal.

En definitiva, contrariamente a los postulados defendidos por los estudios de bienestar para explicar la elevada implicación de la familia en la dispensación de la asistencia en los países mediterráneos (Esping-Andersen, 1998), la desagregación regional de los datos

⁷ Situación que algunos expertos han encontrado también en Austria e Italia (Da Roit y Le Bihan, 2010).

demuestra que las CC.AA. en las que más se suaviza el papel de la familia no coinciden con aquellas en las que los servicios sociales tienen una mayor capacidad. Si así fuera, las CC.AA. del «modelo profesional», es decir, aquellas con más cobertura e intensidad en el servicio de ayuda a domicilio, serían también aquellas con menor implicación de la familia en los cuidados. Sin embargo, el modelo de cuidados más defamiliarizador se encuentra en las regiones que ofrecen una amplia oferta de protección social, pero que también han conseguido crear un accesible y económico sector privado de cuidados. En el caso español, esta situación aparece en el denominado «modelo opcional», que agrupa a las regiones de La Rioja y el País Vasco. Se caracteriza por una amplia cobertura de servicios sociales, un volumen considerable de transferencias económicas y una elevada representación de cuidadoras en el servicio doméstico. Esta extensa oferta otorga a las familias varias opciones para la provisión de cuidados. Lo que más destaca de esta opción es que la existencia de una adecuada protección social no mitiga la externalización en el cuidado doméstico, sino que, por el contrario, la refuerza. Los mayores niveles de bienestar son, por tanto, indicadores de la extensión de un mercado de cuidados no profesional. El porcentaje de cuidadoras no profesionales presenta en dichas regiones los valores más altos de todo el país (20,2% en el País Vasco y 17,3% en La Rioja) y estos datos conviven con elevadas puntuaciones tanto en el índice del SAD como en la cobertura de las transferencias económicas.

CONCLUSIONES

El análisis a nivel regional de la provisión de cuidados y su reparto entre el Estado, la familia y el mercado han corroborado la existencia en España de variados contextos de organización de la asistencia caracterizados en torno al familismo, la profesionalización y la privatización. La prueba estadística reali-

zada mediante el análisis de correspondencias confirma la existencia de notables diferencias en los niveles de cobertura e intensidad entre las entidades que suministran la atención personal y su distribución geográfica. Así pues, es oportuno realizar estudios que incorporen su distribución territorial no solamente para mejorar el conocimiento de los factores que definen estas variedades asistenciales dentro de un mismo país, sino también para avanzar teóricamente con respecto a la emergencia de sistemas subnacionales de cuidados y de bienestar.

Destaca que las desigualdades en la distribución de la provisión formal no están tan relacionadas con las diferentes necesidades que pueden presentar las poblaciones de cada región, sino más bien con la autonomía que han mostrado las CC.AA. en la aplicación de las políticas sociales marcadas a nivel nacional, sobre todo, aquellas relacionadas con la LAPAD. Por lo tanto, las discrepancias, tanto en la selección de los programas públicos más adecuados para proteger las situaciones de dependencia como en su difusión, certifican el poder territorial de los gobiernos autonómicos. Sin embargo, más limitada es la fuerza que presentan los programas públicos para explicar las consecuencias de estas divergencias sobre las maneras en las que las familias gestionan la asistencia. Queda explicado, por ejemplo, cómo el modelo más profesionalizado de cuidados (con primacía del servicio de ayuda a domicilio) convive con una alta participación familiar, mientras que una relevante difusión de transferencias monetarias puede desarrollarse tanto en entornos muy familistas como muy privatizadores (modelos «doméstico subvencionado» y «familista subvencionado»). Estas oscilaciones demuestran que la naturaleza de la protección social no es capaz de influir por sí sola en el modo en que las familias organizan las tareas de atención personal.

Es preciso tener en cuenta más elementos culturales, sociales, económicos y demo-

gráficos tanto para explicar la tendencia hacia la mercantilización como hacia el familismo, puesto que, justamente en los territorios en los que una sólida red de servicios sociales convive con una elevada extensión de prestaciones económicas, aparece la incidencia más elevada del mercado privado de asistencia. El estudio de estos componentes requiere de análisis más cualitativos que el que se presenta en este artículo, por lo que se abre el camino para explorar estos factores en el futuro. Además, las fuentes cuantitativas de información con muestras representativas a nivel regional relacionadas con la gestión de los cuidados son limitadas y no permiten la realización de investigaciones de ese calado. Actualmente la más adecuada es la Encuesta EDAD, pero, al haber sido realizada en el año 2008, no permite indagar sobre los cambios en las entidades de provisión a partir de la crisis económica y valorar la adaptación de la LAPAD a las deficiencias de financiación de ella derivadas. Sin duda, este será un ámbito de interés analítico en los próximos años una vez se vaya conociendo el impacto en los primeros años de implantación de la LAPAD, a lo que ha contribuido este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Elaine (2012). *Crisis del cuidado y migraciones de mujeres. Análisis comparativo de flujos migratorios feminizados sur-norte y sur-sur*. Universidad de Deusto.
- Alonso, José María (2011). «El efecto expansivo de la Ley de Dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales». *Papeles de Economía Española*, 129: 182-193.
- Anttonen, Anneli y Sipilä, Jorma (1996). «European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?». *Journal of European Social Policy*, 6(2): 87-100.
- Barriga, Luis Alberto (2010). *Financiación y costes de la Ley 39/2006*. Observatorio Estatal para la Dependencia, Madrid: Asociación Estatal de Directores Gerentes en Servicios Sociales.
- et al. (2011). *Desarrollo de la implantación territorial de la Ley de Promoción y Autonomías de las Personas en Situación de Dependencia. Informe de Evolución de la Ley cuatro años después*. Madrid: Observatorio para el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- Batista, Joan Manuel y Sureda, Joan (1987). «Análisis de correspondencias y técnicas de clasificación: su interés para la investigación en las ciencias sociales y del comportamiento». *Infancia y Aprendizaje*, 39-40: 171-186.
- Benería, Lourdes (2008). «The Crisis of Care, International Migration, and Public Policy». *Feminist Economics*, 14(3): 1-21.
- Benzécri, Jean-Pierre (1992). *Correspondance Analysis Handbook*. New York: Marcel Dekker.
- Bettio, Francesca et al. (2006). «Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean». *Journal of European Social Policy*, 16(3): 271-285.
- y Mazzotta, Fernanda (2011). «The Future of Care in Europe. Exploring the Trade-offs that are Driving Change». *Kurswechsel*, 4: 36-48.
- y Plantenga, Janneke (2004). «Comparing Care Regimes in Europe». *Feminist Economics*, 10(1): 85-113.
- Boyne, George y Powell, Martin (1991). «Territorial Justice: A Review of Theory and Evidence». *Political Geography Quarterly*, 10(3): 263-281.
- Cervera, Montserrat et al. (2009). *Informe final 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* (en línea). <http://www.imserso-mayores.csic.es>, acceso 1 de marzo de 2012.
- Colectivo IOÉ (2005). «El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid». En: IMSERSO (ed.). *Cuidado a la dependencia e inmigración*. Madrid: IMSERSO.
- Costa-Font, Joan (2010). «Devolution and Welfare Reform: Long-term Care in the "Latin Rim"». *Social Policy and Administration*, 44(4): 481-494.
- Da Roit, Barbara (2007). «Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State: Elderly Care in Italy». *Current Sociology*, 55(2): 251-269.

- (2012). «Privately Paid Care for Older People in Italy: Testing the Equivalence between Macroregions». *Quality and Quantity* (en línea). <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11135-012-9788-y>, acceso 15 de febrero de 2013.
- y Le Bihan, Blanche (2010). «Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Sin European Countries' Long Term Care Policies». *The Milbank Quarterly*, 88(3): 286-309.
- Daly, Mary y Lewis, Jane (2000). «The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States». *The British Journal of Sociology*, 51(2): 281-298.
- Durán, María Ángeles (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Ehrenreich, Barbara y Hochschild, Arlie R. (2004). *Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. New York: Henry Holt and Company.
- Ellingsaeter, Ann L. y Leira, Arnlaug (2006). *Politicizing Parenthood in Scandinavia. Gender Relations in Welfare States*. Bristol: Policy Press.
- Esping-Andersen, Gosta (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- (1998). *The Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- García, Cristina et al. (2012). *Inmigrantes en el servicio doméstico*. Madrid: Talasa.
- González, Tania (2013). «Globally Interdependent Households: Irregular Migrants Employed in Domestic and Care Work in Spain». En: Triandafyllidou, A. (ed.). *Irregular Migrant Domestic Workers in Europe. Who Cares?* Farnham: Ashgate.
- Greenacre, Michael (1994). *Correspondance Analysis in the Social Sciences*. San Diego: Academic Press.
- Herrero, Cristina y De la Fuente, Andrés (2009). «Impacto de la entrada en vigor de la Ley 39/2006 sobre el gasto presupuestario de las comunidades autónomas en el período 2006-2009». *Presupuesto y Gasto Público*, 56: 113-126.
- Hochschild, Arlie R. (2000). «Global Care and Chains and Emotional Surplus Value». En: Hutton, W. y Giddens, A. (ed.). *On the Edge: Living with Global Capitalism*. London: Jonathan Cape.
- IMSERSO (2009). *Informe sobre las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- (2012). *Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación* (en línea). <http://www.imserso.es>, acceso 1 de junio de 2012.
- INE (2012). *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (en línea). <http://www.ine.es>, acceso 3 de enero de 2012.
- Jensen, Per H. y Lolle, Henrik (2010). «Dynamics behind Local Variations in Elderly Care». Paper presentado en la 8th ESPAnet Conference, Budapest, 2-4 de septiembre.
- Kilkey, Majella; Lutz, Helma y Palenga, Ewa (2010). «Introduction: Domestic and Care Work at the Intersection of Welfare, Gender and Migration Regimen: Some European Experiences». *Social Policy and Society*, 9(3): 379-384.
- Kröger, Teppo (1997). «Local Government in Scandinavia: Autonomous or Integrated into the Welfare State?». En: Sipilä, J. (ed.). *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*. Avebury: Aldershot.
- (2011). «Retuning the Nordic Welfare Municipality: Central Regulation of Social Care under Change in Finland». *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4): 148-159.
- Leitner, Sigrid (2003). «Varieties of Familialism: The Caring Function of the Family in Comparative Perspective». *European Societies*, 5(4): 353-375.
- León, Margarita (2011). «Ideas, política y realidad. Análisis crítico de la Ley de Dependencia». *Papeles de Economía Española*, 129: 170-181.
- Lyon, Dawn y Gluksmann, Miriam (2008). «Comparative Configurations of Care Work across Europe». *Sociology*, 42(1):101-118.
- Marbán, Vicente (2009). «Atención a la dependencia» En: L. Moreno (ed.). *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Marcu, Silvia (2009). «Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid». *Estudios Geográficos*, 267: 463-489.
- Martínez, Raquel (2009). «The Entry of Female Immigrants into Personal Home Care Services in Spain». En: Fassman, H.; Haller, M. y Lane, D. (eds.). *Migration and Mobility in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- (2010). *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC.
- Parreñas, Rhacel (2001). *Servants of Globalization: Woman, Migration and Domestic Work*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.

- Rauch, Dietmar (2008). «Central versus Local Service Regulation: Accounting for Diverging Old-age Care Developments in Sweden and Denmark 1980-2000». *Social Policy and Administration*, 42(3): 267-287.
- Rodríguez, Gregorio (2011). *Servicios sociales y cohesión social*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Rodríguez, Vicente *et al.* (2012). *Inmigración y cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Savla, Jyoti *et al.* (2008). «Home Help Services in Sweden: Responsiveness to Changing Demographics and Needs». *European Journal of Ageing*, 5: 47-55.
- Sellers, Jefferey M. y Lidström, Anders (2007). «Decentralization, Local Government, and the Welfare State». *Governance*, 20: 609-632.
- Shutes, Isabel y Walsh, Kieran (2012). «Negotiating User Preferences, Discrimination, and Demand for Migrant Labour in Long-Term Care». *Social Politics*, 19(1): 89-104.
- Simonazzi, Annamaria (2009). «Care Regimes and National Employment Models». *Cambridge Journal of Economics*, 33: 211-232.
- Sundström, Gerdt *et al.* (2011). «Diversification of Old-age Care Services for Older People: Trade-offs between Coverage, Diversification and Targeting in European Countries». *Journal of Care Services Management*, 5(1): 35-42.
- Tobío, Constanza *et al.* (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Trydegard, Gun B. y Thorslund, Mats (2001). «Inequality in the Welfare State? Local Variation in Care of Elderly —the Case of Sweden». *International Journal of Social Welfare*, 10(3): 174-184.
- y — (2010). «One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care». *Social Policy and Administration*, 44(4): 495-511.
- Ungerson, Claire (2003). «Commodified Care Work in European Labour Markets». *European Societies*, 5(4): 377-396.
- y Yeandle, Sue (2007). *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. London: Palgrave.
- Williams, Fiona (2011). «Towards a Transnational Analysis of the Political Economy of Care». En: Mahon, R. y Robinson, F. (eds.). *Feminist Ethics and Social Policy: Towards a New Global Political Economy of Care*. Vancouver: University of British Columbia Press.
- y Gavanas, Anna (2008). «The Intersection of Childcare Regimes and Migration Regimes: A Three-Country Study». En: Lutz, H. (ed.). *Migration and Domestic Work*. Aldershot: Ashgate.

RECEPCIÓN: 08/07/2012

REVISIÓN: 18/02/2013

APROBACIÓN: 23/09/2013

APÉNDICE A.**TABLA A1.** Cobertura e intensidad del cuidado familiar en España

	Cobertura cuidado familiar (indicador a)	Intensidad cuidado familiar (indicador b)
Andalucía	77,4	44,6
Aragón	67,3	41,6
Asturias	78,0	43,1
Baleares	71,4	36,1
Canarias	81,0	45,3
Cantabria	73,8	54,0
Castilla y León	68,8	39,5
Castilla-La Mancha	74,1	42,8
Cataluña	80,1	36,5
C. Valenciana	77,2	50,7
Extremadura	70,9	41,5
Galicia	77,3	48,8
Madrid	71,8	36,1
Murcia	74,8	40,4
Navarra	71,1	39,5
País Vasco	64,8	30,1
La Rioja	62,3	39,7
TOTAL	75,0	42,3

Fuente: Elaboración propia: INE, 2012.

TABLA A2. Valores de los indicadores (a) y (b) tras su transformación lineal y el «Índice del cuidado familiar»

	Intensidad	Cobertura	Índice del cuidado familiar (media)
Andalucía	82,6	95,6	89,1
Aragón	77,0	83,1	80,1
Asturias	79,8	96,3	88,1
Baleares	66,7	88,2	77,5
Canarias	83,8	100,0	91,9
Cantabria	100,0	91,1	95,6
Castilla y León	73,1	85,0	79,1
Castilla-La Mancha	79,2	91,5	85,4
Cataluña	67,6	98,9	83,3
C. Valenciana	93,9	95,4	94,7
Extremadura	76,9	87,6	82,3
Galicia	90,4	95,5	93,0
Madrid	66,8	88,6	77,7
Murcia	74,7	92,3	83,5
Navarra	73,1	87,8	80,5
País Vasco	0,0	80,1	40,1
La Rioja	73,6	0,0	36,8

Fuente: Elaboración propia: INE, 2012.

APÉNDICE B

TABLA B1. Cobertura e intensidad del servicio de ayuda a domicilio (SAD) en España

	Cobertura SAD (indicador a)	Intensidad SAD (indicador b)
Andalucía	16,1	8,4
Aragón	23,0	9,9
Asturias	24,9	13,0
Baleares	19,7	12,8
Canarias	18,7	24,0
Cantabria	20,1	19,6
Castilla y León	25,4	18,3
Castilla-La Mancha	34,3	16,9
Cataluña	27,7	15,4
C. Valenciana	12,6	10,8
Extremadura	42,1	16,9
Galicia	7,4	28,0
Madrid	48,7	18,6
Murcia	8,3	16,0
Navarra	17,1	10,5
País Vasco	32,7	20,6
La Rioja	39,7	12,1
TOTAL	23,3	16,9

Fuente: Elaboración propia: IMSERSO, 2009.

TABLA B2. Valores de los indicadores (a) y (b) tras su transformación lineal y el «Índice de intensidad del SAD»

	Intensidad	Cobertura	Índice del SAD (media)
Andalucía	0,0	33,1	16,6
Aragón	35,4	47,1	41,3
Asturias	46,4	51,0	48,7
Baleares	45,5	40,4	43,0
Canarias	85,7	38,3	62,0
Cantabria	70,1	41,2	55,7
Castilla y León	65,2	52,0	58,6
Castilla-La Mancha	60,3	70,4	65,4
Cataluña	55,0	56,9	55,9
C. Valenciana	38,6	25,9	32,3
Extremadura	60,5	86,5	73,5
Galicia	100,0	0,0	50,0
Madrid	66,6	100,0	83,3
Murcia	57,1	17,0	37,1
Navarra	37,5	35,1	36,3
País Vasco	73,6	67,1	70,4
La Rioja	43,2	81,6	62,4

Fuente: Elaboración propia: IMSERSO, 2009.

APÉNDICE C

TABLA C1. Recodificación de las variables introducidas en el análisis de correspondencia mediante el método «rango de datos» y posterior «codificado doble»

	Datos originales				Rangos de los datos				Codificado doble de las variables							
	CF	SAD	SD	PE	CF	SAD	SD	PE	CF+	CF-	SAD+	SAD-	SD+	SD-	PE+	PE-
AN	89,1	16,6	7,5	30,2	12	1	2	15	11	5	0	16	1	15	14	2
AR	80,1	41,3	8,8	26,3	4	5	3	13	3	13	4	12	2	14	12	4
AS	88,1	48,7	12,4	12,4	13	7	12	5	12	4	6	10	11	5	4	12
IB	77,5	43,0	16,0	15,7	5	6	14	8	4	12	5	11	13	3	7	9
CN	91,9	62,0	5,3	6,6	15	12	1	2	14	2	11	5	0	16	1	15
CB	95,6	55,7	10,5	34,8	17	9	10	16	16	0	8	8	9	7	15	1
CL	79,1	58,6	9,9	14,6	6	11	8	7	5	11	10	6	7	9	6	10
CM	85,4	65,4	9,4	20,4	11	14	5	9	10	6	13	3	4	12	8	8
CT	83,3	55,9	9,3	22,6	10	10	4	11	9	7	9	7	3	13	10	6
CV	94,7	32,3	12,6	7,9	14	2	13	3	13	3	1	15	12	4	2	14
EX	82,3	73,5	9,4	12,0	7	16	6	4	6	10	15	1	5	11	3	13
GA	93,0	50,0	9,4	13,3	16	8	7	6	15	1	7	9	6	10	5	11
MD	77,7	83,3	10,1	3,5	3	17	9	1	2	14	16	0	8	8	0	16
MU	83,5	37,1	11,7	21,5	8	4	11	10	7	9	3	13	10	6	9	7
NA	80,5	36,3	16,8	26,8	9	3	15	14	8	8	2	14	14	2	13	3
PV	40,1	70,4	20,2	23,6	1	15	17	12	0	16	14	2	16	0	11	5
RI	36,8	62,4	17,3	43,8	2	13	16	17	1	15	12	4	15	1	16	0

Fuente: Elaboración propia. CF: Cuidado Familiar (índice); SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio (%); SD: Servicio Doméstico (%); PE: Prestaciones económicas (%).

Resultados del análisis de correspondencias:

Prueba de independencia entre las filas y columnas

Chi-cuadrado (valor observado)	408,000
Chi-cuadrado (valor crítico)	137,701
GDL	112
p-valor	< 0,0001
Alfa	0,05

Valores propios y porcentajes de inercia

	F1	F2	F3	F4
Valor propio	0,144	0,126	0,067	0,038
Inercia (%)	38,379	33,703	17,852	10,066
% acumulado	38,379	72,082	89,934	100,000

Contribuciones (filas)

	Peso (relativo)	F1	F2	F3	F4
AN	0,059	0,086	0,112	0,118	0,049
AR	0,059	0,000	0,017	0,158	0,229
AS	0,059	0,012	0,000	0,124	0,006
IB	0,059	0,031	0,010	0,056	0,061
CN	0,059	0,144	0,121	0,002	0,003
CB	0,059	0,018	0,063	0,011	0,393
CL	0,059	0,005	0,020	0,002	0,020
CM	0,059	0,006	0,034	0,046	0,054
CT	0,059	0,012	0,001	0,079	0,001
CV	0,059	0,042	0,013	0,310	0,017
EX	0,059	0,001	0,154	0,006	0,000
GA	0,059	0,082	0,002	0,018	0,033
MD	0,059	0,040	0,241	0,008	0,026
MU	0,059	0,000	0,037	0,012	0,042
NA	0,059	0,011	0,151	0,025	0,000
PV	0,059	0,269	0,002	0,001	0,021
RI	0,059	0,240	0,024	0,024	0,046

Contribuciones (columnas)

	Peso (relativo)	F1	F2	F3	F4
SD+	0,125	0,162	0,040	0,248	0,050
SD-	0,125	0,162	0,040	0,248	0,050
PE+	0,125	0,030	0,216	0,192	0,061
PE-	0,125	0,030	0,216	0,192	0,061
CF+	0,125	0,250	0,008	0,026	0,216
CF-	0,125	0,250	0,008	0,026	0,216
SAD+	0,125	0,057	0,236	0,034	0,172
SAD-	0,125	0,057	0,236	0,034	0,172

Regional Models of Social Organization of in-home Care for the Elderly

Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares

Raquel Martínez-Buján

Key words

- Caregivers
- Dependents
- Regional Differences
- Elderly
- Assistance
- Family Relations
- Adult Care Services

Palabras clave

- Cuidadores
- Dependientes
- Diferencias regionales
- Personas mayores
- Prestaciones
- Relaciones familiares
- Servicios de atención de adultos

Abstract

The commercialization of in-home care services and the incorporation of economic assistance following the implementation of the "Law on the Promotion of Personal Autonomy and Care of Dependent People" (LAPAD) are the most significant changes occurring in the social organization of senior care over the past decade. Given the internal diversity of the Spanish social services system-- subsidies offered for care and privatization, this study explores the various social organization models of family care in the Autonomous Communities, examining regional differences. Correspondence analysis was used to create a national classification system based on public and private family care in the different regions.

Resumen

La mercantilización de los cuidados familiares a través del servicio doméstico y la incorporación de prestaciones económicas desde la entrada en vigor de la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia» (LAPAD) han sido los cambios más relevantes que en la última década ha experimentado la provisión del cuidado doméstico dirigido a las personas mayores. Dada la diferenciación interna existente en España en cuanto a la extensión de los servicios sociales, los subsidios dirigidos a la asistencia y la privatización, el artículo se centra en indagar sobre la emergencia de variados modelos de organización social de los cuidados entre las Comunidades Autónomas y determinar el carácter regional de los mismos. Mediante la aplicación de un análisis de correspondencias se presenta una clasificación de la distribución territorial de los cuidados familiares, públicos y privados en cada una de las regiones.

Citation

Martínez-Buján, Raquel (2014). "Regional Models of Social Organization of in-home Care for the Elderly". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145: 99-124. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>)

Raquel Martínez-Buján: Universidade da Coruña | rmbujan@udc.es

INTRODUCTION¹

The purpose of this article is two-fold: first, a comparative analysis is made on the social organization of elder care within the households in all of the Spanish autonomous communities and second, potential implications of public social protection in the creation of sub-national care provision models is examined.

In Spain, the care for dependent people has undergone two significant changes over the past decade. One of these changes was initiated in 2007, with “Law 39/2006 on the Promotion of Personal Autonomy and Care of Dependent People” (hereinafter, LAPAD). This law resulted in the implementation of a long-term national care system that redeveloped the framework of social services and economic assistance for personal care services. Another change was initiated over the late 1990s and includes the consolidation of a privatization strategy for family care services through domestic service (Martínez, 2010; Collective IOÉ, 2005).

This trend towards commercialization has been encouraged by the hiring of female immigrant workers as household employees who often reside with the dependent person, therefore this activity is quite frequently held by non-documented workers (González, 2013; Marcu, 2009; Martínez, 2009). Data from the most recent “Disabilities, Independence and Dependency Situations Survey” (hereinafter, EDAD) conducted by the National Statistics Institute (INE, 2012) estimated the frequency of this phenomenon: some

78.8% of all primary caregivers in Spain are family members and the hiring of household employees as caregivers has become a primary resource for these households, choosing to outsource this personal care service, especially for the care of the elderly. In fact, it has been estimated that as a national average, 10.2% of all dependent adults utilize this method. Given the incidence of the phenomenon, scientific literature has coined this mixed-care arrangement the “migrant-in-the-family” (Bettio, 2006) model.

Both processes, legislative changes and increasing privatization, have contributed to the transformation of the traditional organization model of care within the households (understood as the participation level of the state, family and market), typically characterized by the increased family responsibility in care tasks and the limited coverage of the public social services network (Tobío et al., 2010; Durán, 2002). Statistics indicate high levels of family member involvement in caregiving, but this familism has taken on new forms due to the mentioned commercialization and development of new public resources. Thus, as some recent research has indicated, (Marbán, 2009; Da Roit, 2007; Ungerson, 2003), even though privatization lightened the family burden of household care tasks, its management continues to fall on relatives. In addition, the nature of public eldercare programs implemented over recent years has also altered the foundations of familism. These studies confirm that the introduction of cash-for-care schemes to subsidize family care has affected this care by either reinforcing the commitment of family members or by leading to externalization through the hiring of non-professional caregivers. In Spain, these resources have extended rapidly over recent years, ever since the enforcement of the LAPAD, via the diffusion of the so-called “Economic Assistance for Family Care” (hereinafter PECEF, for its acronym in Spanish), created by this law. It has attained up to 45.5% of user coverage,

¹ This paper was financed by the research project entitled “Geographies of care work. Implications of its privatization on job creation” (CSO2012-32901) by the Spanish Ministry of Science and Innovation within the National R+D+I Plan (2013-2015). The author would like to thank Fiona Williams and CIRCLE team for their valuable advice in the course of writing, Pablo Souto for his methodological suggestions, as well as the anonymous reviewers for their appropriate insights that helped to improve the initial version of this paper.

converting it into the law's most strengthened measure.

This being the general situation, links existing between the application of public programs implemented from the LAPAD and the management of in-home caregivers are difficult to analyze in a uniform manner in countries like Spain, where many social protection competencies are decentralized in regional governments and where there is considerable diversity in geographic, social and economic terms. In fact, not all autonomous communities (hereinafter, ACs) have similar distributions of social resources or similar degrees of participation in the care market. Therefore, although the LAPAD has resulted in a minimum level of countrywide coverage, the variety in public and private provisions within the ACs undermine this concept, which has been widely published in scientific literature on national care regimes (Jensen and Lolle, 2010). Furthermore, contradictions may be found between governmental regulations and the procedures followed by the autonomous governments in implementing the LAPAD resources. For example, while the law gives priority to social services in regards to cash-transfers, the wide dissemination of the PECEF has undermined the basis of the regulation (León, 2011). This situation, sometimes arising due to regional funding difficulties for social services (Barriga, 2010) is also linked in other communities to an unwillingness to apply LAPAD-based programs (Costa-Font, 2010). Academic studies carried out in this area have warned of differences in the configuration of these public resources in the autonomous communities (Rodríguez, 2011; Barriga, 2011).

Economic subsidies coverage for non-professional care service reaches some 43.8% of the elderly users in La Rioja and 34.8% in Cantabria, but decreases to 3.5% in Madrid and 6.6% in the Canary Islands. Such disparities in the coverage of home-based care services are quite wide in Madrid and Extremadura, with the coverage of el-

derly reaching 48.7% and 42.1% respectively. Coverage is very limited in Galicia and Murcia, where the percentages drop to 7.4 and 8.3%. This heterogeneity also occurs in the incidence of domestic service as a method of care provision, with 5.3% of the elderly in the Canary Islands hiring household employees as caregivers and 12.6% doing so in Valencian Community. In the Basque Country, this figure rises to 20.2% (INE, 2012).

There are few studies looking at this apparent regional character of care provision. While the majority have focused on estimating costs of new economic and social assistance and on identifying the differing degrees of coverage between regions (Herrero and De la Fuente, 2009; Barriga et al., 2011; Alonso, 2011), these studies are beginning to ask whether or not these difference in formal provision have sufficient weight to justify the difference in regional care models. The tendency towards privatization has been addressed through qualitative analysis, which, while allowing for the identification of influencing factors, does not compare its incidence at a countrywide level or examine the repercussions of social protection on commercialization (Acosta, 2012; Rodríguez et al., 2012; García et al., 2012). The results of these studies have been fundamental for the examination of the functioning of social protection on dependence and for evaluating its accessibility, but there also is the need to explain whether or not the regulatory changes introduced by the LAPAD have produced variation in the conditions by which care is developed or the state and market's role in its distribution.

This article addresses the existence of regional variants in the management of home-based care, defining them based on the relationships existing between the type of public resources prioritized by each autonomous government (in the form of social services or economic assistance) and the implications of domestic service and family work. These models come from demographic, economic

and social characteristics inherent in each of the autonomous communities (as occurs in other areas of social protection such as education and healthcare), although special attention is paid to the influence of the predominant type of public programs in each region and how they have been distributed based on different levels of familism and commercialization.

The discussion begins by detailing the conceptual challenges faced by academic literature regarding “social care” when analyzing the regional effects of national policies on care within the households. This theoretical discussion offers some elements that define the national and regional nature of said phenomenon in Spain. Then, the empirical materials and statistical methods used are described so as to identify the territorial differences in care provision. And finally, from the modeling of constructed indicators through a correspondence analysis, the results are explored. That is, the ACs are classified based on family, state and market participation in home care for the elderly.

TERRITORIALIZATION OF FORMAL SERVICE PROVISION AND ITS INFLUENCE ON THE SOCIAL ORGANIZATION OF LONG-TERM CARE

Regional classifications made theoretically for the provision of long-term care, began to appear in academic literature in the 1990s. At this time, various research studies focused on gender perspective, attempted to discover the care strategies used in western societies, making comparisons between different countries on the influence of social policies on differential care organization. These studies had a considerable influence on scientific debate as they underscored the importance of care as an analytical category concerning the welfare state, recognizing the role of the family in personal care and challenging the analytical framework upon which

studies in this area were based². In 1996, Anneli Anttonen and Jorma Sipilä laid the foundations for this analysis framework in which two opposing focal points were examined: Southern Europe (Spain, Greece, Italy and Portugal) characterized by a limited supply of social services, where women cared for the family’s well-being on a full-time basis and therefore, had limited workforce incorporation; and northern countries (Sweden, Norway and Finland), having an extensive public services network and high rates of female workforce inclusion.

Subsequent studies in this area, primarily from the early 2000s, resulted in the creation of a new framework known as the “social care theory” (Daly and Lewis, 2000). Among its principle advances was the guiding philosophy of social protection programs as an important factor in the structuring of family care. Sigrid Leitner (2003), Francesca Bettio and Janneke Plantenga (2004) offered some interesting contributions to the topic, classifying the European care regimes based on the predominant philosophy in public resources for personal care. Leitner conducted an interesting review of the “familistic” political measures including extended leave for care services and cash-transfer, and those resources that lightened the family’s burden regarding care, particularly, the strengthening of public social services. Combining each of these programs, four types of familism are identified with Spain being included in the countries of “implicit familism”, characterized by weak social services and economic assistance networks and therefore, by the absolute delegation of care services to the extended family. This classification coincides with that made by Bettio and Plantenga (2004). Both authors discovered that insufficiency in social services is common in countries such as Greece, Italy, Ireland and Spain;

² Traditionally focused on the “theory of power resources” (Esping-Andersen, 1990).

however, the social and economic consequences of this situation differ. Therefore, in the case of Spain, the result is an increased occurrence of informal care use and a limited female incorporation in the workforce. However, in Portugal, the limited social services results in a high female participation in the workforce, as occurred in colonial times when women entered the workforce, replacing men who migrated to the colonies.

As of the first decade of 2000, comparative analyses regarding the extension of social services, the intensity of informal care and the repercussions of social protection programs on familiarization led the way for other explanations of social organization of the care in Southern European countries, including Spain. The family component as a central institution in service provision is undeniable, but its role began to acquire new facets thanks to the commercialization of domestic service and the participation of female immigrants in this process (Kilkey et al., 2010; Benería, 2008). That is, the study of the relationship between social policies and in-home care provision methods required new analytical variables to offer explanations for the advancing privatization of family care. This challenge to the social care theory has been resolved with the incorporation of other macro-level processes into these research studies, such as the “international division of labor” (Shutes, 2012; Williams, 2011; Hochschild, 2000; Parreñas, 2001).

In Europe, Bettio et al. (2006), Dwan Lyon and Miriam Gluksmann (2008) made comparative explorations of the inter-relationships between care regimens and female immigration. These studies offer multi-causal explanations for cash-transfers resource of female immigrants in the domestic care sector and coincide in affirming that the proliferation of cash-transfers directly managed by families requiring intensive care services has motivated the hiring of domestic workers to perform these tasks. Bettio et al. (2006) used the Italian case study to explain how female immi-

grants are replacing local females in informal care work. Lyon and Gluksmann (2008), using the term “care configurations”, examined the nature of the links between informal, formal, paid and non-paid care provision, concluding that the care configuration in Spain and in other Southern European countries focuses on the immigrant labor force in the domestic service.

All of these studies have provided considerable knowledge regarding different care provisions in European countries and on the repercussions of social policies in family care management. However, a common aspect of all of these studies is the completion of a comparative analysis assuming that care services are carried out uniformly across the states, and that regional differences on policy, social, economic and demographic development levels are not sufficiently relevant to cause regional care that differs from the national care. These analyses are particularly relevant in countries such as Spain, in which the primary responsibility for the implementation of social services lies with regional and municipal bodies.

Thus far, the academic debate regarding these regional variations has focused on the effects of decentralized competences on the varying social service coverage of a country. In this regard, there has been discussion over whether or not these regional differences in the formal provision of services truly responds to the differing needs of a population or, to the contrary, whether or not result from a strong regional and local government autonomy that can modify state guidelines³.

There are other opposing views regarding this topic. Some authors have suggested that there are advantages to decentralization,

³ This last phenomenon is recognized by the concept of “path dependency”. This term describes the independence and strength with which social policies are carried out on a local and regional level with respect to the direction taken nationally (for a more extensive theoretical review of this area, see Boyne and Powell, 1991).

assuring that the differences in degrees of coverage and intensity of services should be viewed as an achievement in the state's ability to offer responses to regional differences in population needs. Jyoti Savla et al. (2008), for example, in an attempt to determine the factors affecting the existence of differing levels of home care services in Swedish municipalities, found empirical evidence that such differences were based on distinct municipal needs. In this way, the widest access to care services was provided in those areas having the highest percentage of elderly. Therefore, the transfer of competences is considered essential in order to ensure fair access to social services (Sellers and Lidström, 2007). However, other authors, such as Trydegard and Thorslund (2010), demonstrated that in Sweden, determined historical patterns mark the different care provision on a municipal level. Nielsen and Andersen (2006 in Jensen and Lolle, 2010) examined this situation in a study on the ten regions of Denmark having the highest and lowest quantities invested in eldercare. They concluded that the municipal governments having the highest investments are those in which the development of personal care services is considered to be a clear political priority. The term "welfare municipalities" was coined in order to highlight the significant role of municipalities in the distribution of social services and the existence of different levels of local public provision (Kröger, 1997; Trydegard and Thorslund, 2001).

Tensions arising between universal principles and local autonomy are evident when studying formal care service provision, but are not sufficient to explain the territorialization of its organization. They explore care management based on social policy programs and visualize existing contradictions between national principles defining social policies of welfare states and the distinct characteristics of said programs on a regional and local level (Trydegard and Thorslund, 2010; Rauch, 2008). However, social care or-

ganization on a regional scale encompasses more than mere social policies and their interventions. It references a set of social relationships based on interactions between state, market and families and therefore its scope extends beyond the mere caregiving activity (Daly and Lewis, 2000). These interrelationships are not always homogenous within the same country.

Up until now, few studies have attempted to incorporate this territorial perspective and to study the influence of distinct social service development and economic assistance on sub-national variety in care management. In fact, if the nature of social protection affects the way in which families organize their care strategies, different degrees of formal provision coverage and intensity may result in different strategies used by family members in addressing the care provision. Among the few scientific contributions made recently in this area is an Italian case study conducted by Barbara Da Roit (2012). Theoretically based on the "social care theory", the author recognized the country's diversity of demographic, economic, social and eldercare service provision levels. These differences are analyzed in the country's three macro regions (north, center and south) in order to study the influence of these factors on the commercialization of care and the diversity of this phenomenon on a territorial level. It was concluded that, despite these differences, the pattern of privatization remains similar in all regions, and therefore, the idea of regional character was rejected.

Another study undertaken from this perspective was conducted by Raquel Martínez (2010). In it, the privatization of family care is examined in terms of domestic service, comparing the evolution of this phenomenon between the autonomous communities of Galicia and Navarre. Unlike Da Roit and the Italian case, Martínez demonstrated territorial differences in management and consequences resulting from regulatory frameworks. The study confirmed that in Galicia, with

higher degrees of ageing than Navarre and with very limited social service access, commercialization of care is quite limited, unlike Navarre, where privatization and service coverage are quite extensive.

The present article tackles a similar research line, focusing on the identification of regional patterns in care provision by virtue of different implications of the state, the private market and the family. However, unlike the results of Da Roit with the Italian case, our study suggests that Spain has different manners of social organization for eldercare which may in fact be classified on a regional basis. To do so, theoretical concepts of familism and commercialization are employed, in accordance with the “social care theory” and the possible repercussions of public social services and economic assistance on both processes. Similarly, analysis of social policy specialists who have studied the uneven regional implementation of public programs, based on the decentralization of competences in long-term care. The approximation adopted here aims to overcome existing analytical fragmentations existing between both perspectives, aiming to explain whether the social measures and economic assistance were sufficiently powerful to explain the differing regional provision of formal care, allowing for distinct sub-national realities of care service social management

DATA AND METHODOLOGY

In order to analyze the social organization of elder case within the households, a series of indicators were created to measure coverage and intensity of the primary provision bodies: the state, the market and the family. Below is a detailed description of the procedure followed in order to estimate the implication of each of these areas.

1.- The provision of family care service was operationalized through the construction of two indicators: one that measures its coverage

and another that estimates its intensity. (a) The coverage of family care has been calculated by dividing the number of elderly people who only receive family care by the total number of dependent people over the age of 65. (b) The intensity of the family care has been estimated based on the number of elderly people receiving care only from family members and who require over four hours of daily care, divided by the total number of dependent people over the age of 65.

These two indicators were combined to create a unique index known as the “family care index”. Two steps were followed for its creation. First, each indicator was transformed along a linear scale. For this, the ACs with the highest value in indicators (a) and (b) were identified and expressed as 100. Then, the lowest values for both indicators were given the value of zero (0). The values of the other regions were calculated as percentages of this upper 100 value. Second, the average of the two values of the transformed indicators was calculated. In this way, an index with ranges from 0 to 100 (Appendix A) was created.

The quantitative information has been compiled in the “Disabilities, Independence and Dependency Situations Survey” (INE, 2012), constituting the most recent database in Spain on dependence and disabilities with statistical representativeness in all of the ACs.

2.- The public provision of home-based care. The state’s capacity to supply home-based care care was calculated, taking into consideration the two existing social protection programs with this purpose:

— Home Help Services (SAD for its initials in Spanish)⁴. Its extension has been measured

⁴ Although the Home Help Service (SAD) in Spain is complemented by other programs such as Meals on Wheels or tele-assistance, only the analysis of the SAD has been included here, given that it is the only program offering personal in-home care, the subject of this study.

red using two indicators: (a) One indicator is used to represent the number of elderly people attended to by the in-home care service of each AC, divided by the total of the dependent people over the age of 65 (SAD coverage). (b) Another represents the average number of hours of care provisioned by this home-based care service in each AC (SAD intensity).

In both cases, data was attained from the report "The Elderly in Spain" (IM-SERSO, 2009) corresponding to the year 2008, like the EDAD survey. To create the "home help services index" a linear transformation was made for both indicators, expressing the highest values as 100. Values of the other regions were construed as percentages of this upper limit value. Later, the average of the transformed values was calculated for indicators (a) and (b), in order to obtain an index ranging from 0 to 100 (Appendix B).

- Cash transfers destined to compensate family and non professional care (PECEF). Its incidence was estimated by dividing the number of elderly people receiving this benefit by the total number of dependent people over the age of 65. Data from 2008 was utilized in order to maintain homogeneity with the previous index (IM-SERSO, 2012).

3.- Private home care provision was measured by the number of elderly people hiring at least one household employee as a caregiver, divided by the total number of dependent individuals over the age of 65. This information was collected from the EDAD survey.

After the creation of these indicators, an exploratory study was carried out on the qualitative information, using the statistical technique of correspondence analysis (CA). This statistical analysis allows for associations to be made between multiple variable categories (in this case, provider entities) in order to verify the existence of relationships between them with respect to the intensity level presented in each of the ACs. In addition, it graphically reveals the degree of contribution of the analyzed variables to this detected relationship. From this information, shown in a perceptual map, a classification system was created for the care structure on a regional level, based on the combination of different provision types: family, public or private.

The analysis included all of the indicators described in this section as well as the procedure and its results, collected in Appendix C. Since all of this information came from continuous scales, it was necessary to recode it before carrying out the correspondence analysis, making the variables qualitative. The method used for recoding was described by J.P. Benzécri (1992) and M. Greenacre (1994), and consists of the expression of the values of each variable as ranges between 1 (the lowest value of each variable) to 17 (the highest value for each variable). From these ranges, the variables were doubled in order to obtain a positive and negative pole for each. The doubled data table substitutes the original data, measuring the association between each AC and the maximum and minimum poles of each of the variables.

REGIONAL NATURE OF SOCIAL CARE ORGANIZATION IN SPAIN

The indicators created to estimate participation of family, state and the private market in elderly care demonstrate considerable regional distribution heterogeneity. Differences are found both in coverage and intensity of the social services and cash-for-care schemes

For readers interested home-based care, it is interesting to observe, however, that over recent years, this program has diversified in Spain. A study by Sundström and collaborators (2011) suggested that the coverage ratios of home-based care care in Spain remained constant, while the number of users requiring the mentioned complementary services increased.

offered, as well as in the strategies employed by family members to address this care. Differing levels are found for both the incidence of hired household workers as well as the degree of family involvement in the care provision. In addition, figures represented in Table I corroborate similar degrees of development in the formal care provision don't coexist with identical patterns of family management and privatization. In other words, the trends towards familism and commercialization co-exist with varying degrees of public care services.

This is the case, for example, in Andalusia which combines a wide economic subsidiary coverage (30.2% of all elderly receive economic dependency assistance) with a high participation of family provided care (77.4% of the elderly are cared for exclusively by family members), whereas in other regions such as Navarre, in which economic benefits are also quite extensive, this extended family co-existence does not occur, but rather, there is a tendency to hire non-professional caregivers (16.8% of the elderly in Navarre hire household employees to carry out personal care services, a percentage exceeding the national average of 10.2%). Some ACs, on the other hand, have focused on the proliferation of home help social services, including Madrid (48.7% of all elderly utilize a home help service from which they receive approximately 18.6 hours of weekly care), and in other cases, such as the Canary Islands, this care responsibility falls primarily on the family with an absence of public support (home-based care service coverage of 18.7%, below the national average of 23.3%) and private alternatives for personal care (only 5.3% of dependent elderly hire domestic care service).

All of these differences demonstrate the varying forms that co-exist in Spain with respect to the organization of care services. Although the figures suggest heterogeneity, it is necessary to statistically demonstrate representative and identifiable relationships between the different providers and their spatial

location in order to confirm the existence of regional models of care and to proceed with its classification. Correspondence analysis was used in order to verify said connections. This technique permits the discovery of existing relationships between regions and the service systems and the interpretation of variations occur based on geographic location (Batista and Sureda, 1987). The results of the statistical test confirm the dependent relationship existing between the variables measuring provider care participation and their distribution among the ACs (since the value of p is lower than the significance level, $\alpha = 0.05$), corroborating the idea that there are connections between the different care providers, and the fact that varied patterns of care service may be identified from these interactions.

Once the correlations are demonstrated, the correspondence analysis reduces the introduced variables to various factors based on these associations. The purpose of this is to facilitate the interpretation of the relationships and to offer their perceptual representation in order to observe the graphical position of the ACs with respect to the care providing agencies. In this case, statistical modeling has generated two factors which, considered collectively, represent some 72.1% of the data variability. In Graph 1, the results of the model are presented.

Factor 1, represented on the horizontal axis, is referred to as "family care and family-managed care", since the variables that most contribute to its development are those that link family implication in care and the incidence of domestic service directly hired by family members in order to handle caregiving tasks (Bettio and Mazzota, 2011). This factor strongly explains the variation of the information, given that it combines 38.5% of the data inertia. Factor 2 is represented on the vertical axis and represents the "public formal care". That is, it measures the incidence of home help service (SAD) and of economic assistance (specifically, the PECEF), explaining some 33.7% of the variance.

TABLE 1.- Distribution of family, public and private elder care within households

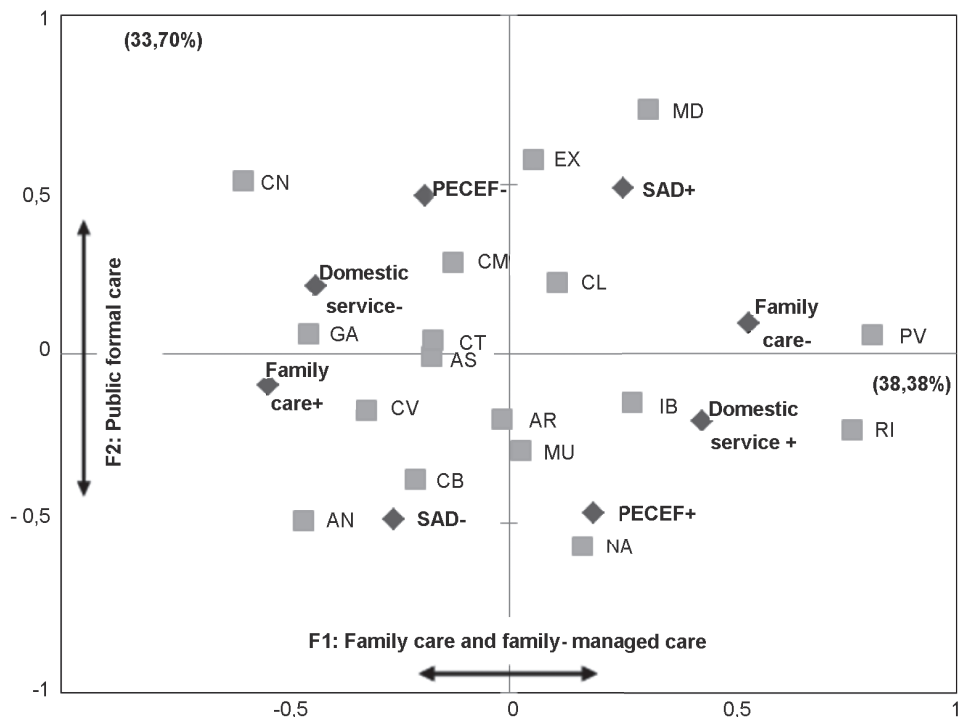
	FAMILY PROVISION		PUBLIC PROVISION			PRIVATE PROVISION
	Coverage (indicator a)	Intensity (indicator b)	SAD Coverage (indicator a)	SAD Intensity (indicator b)	PECEF Cash transfer	Domestic Service Caregivers
TOTAL	75.0	42.3	23.3	16.9	18.2	10.2
Andalusia	77.4	44.6	16.1	8.4	30.2	7.5
Aragón	67.3	41.6	23.0	9.9	26.3	8.8
Asturias	78.0	43.1	24.9	13.0	12.4	12.4
Balearic Islands	71.4	36.1	19.7	12.8	15.7	16.0
Canary Islands	81.0	45.3	18.7	24.0	6.6	5.3
Cantabria	73.8	54.0	20.1	19.6	34.8	10.5
Castile and León	68.8	39.5	25.4	18.3	14.6	9.9
Castile-La Mancha	74.1	42.8	34.3	16.9	20.4	9.4
Catalonia	80.1	36.5	27.7	15.4	22.6	9.3
Valencian Community	77.2	50.7	12.6	10.8	7.9	12.6
Extremadura	70.9	41.5	42.1	16.9	12.0	9.4
Galicia	77.3	48.8	7.4	28.0	13.3	9.4
Madrid	71.8	36.1	48.7	18.6	3.5	10.1
Murcia	74.8	40.4	8.3	16.0	21.5	11.7
Navarre	71.1	39.5	17.1	10.5	26.8	16.8
Basque Country	64.8	30.1	32.7	20.6	23.6	20.2
La Rioja	62.3	39.7	39.7	12.1	43.8	17.3

Source: Compiled by author based on the “Disabilities, Independence and Dependency Situations Survey” (INE, 2012); “The Elderly in Spain” (IMSERSO, 2009); Statistical Services of the Sub-directorate General of Assessment, Quality and Evaluation (IMSERSO, 2012).

Notes:

- Provisional family coverage: number of people cared for only by their own family members divided by the total number of dependent elderly people over 65 (EDAD, 2008).
- Intensity of family care: number of people cared for by their own family members for at least four hours daily divided by the total number of dependent elderly people over 65 (EDAD, 2008).
- SAD Coverage: users of the home help service divided by the total number of dependent elderly people over 65 (IMSERSO, 2009)
- SAD Intensity: average number of hours of care offered by the home help service (IMSERSO, 2009).
- PECEF Assistance: beneficiaries of PECEF cash transfer divided by the total number of dependent elderly people over 65 (IMSERSO, 2012).
- Private Provision: people over 65 having at least one household employee offering care services divided by the total number of dependent elderly people over 65 (EDAD, 2008).

GRAPH 1. Symmetric map of Correspondence Analysis results for recoding based on ranges of the indicators of the in-home eldercare provision in Spanish Autonomous Communities



Source: Compiled by author, see results of Appendix C. Abbreviations: SAD=Home Help Services; PECEF=Economic Assistance for Family Care; AN: Andalusia; IB:Balearic Islands; CL: Castile and León; CM: Castile-La Mancha; CT: Catalonia; CV: Valencian Community; NA: Navarre

The magnitude of these values guarantees that virtually no information is lost when considering only these two coordinates, and not all of the original ones, with the graphic representation remaining undistorted and clearly reflecting profile similarities. From the categorical similarities and differences appearing in the map, it is possible to infer similar or different distributions in care provision between the ACs. The more peripherally located the region is, the more flexible the interpretation of the distance, as distance from the origin results in deviation from the average and therefore, the point is better characterized. Regions that are more distant

from the origin are therefore those that reveal quite distinct provision types.

Considering these clarifications, Factor 1, referred to as “family care and family-managed care” is the first differentiating feature of the ACs. In the Graph, it is possible to view how distribution projections of the regional distributions from left to right demonstrate the importance of said sector for each of them. The polarized elements are found in the Canary Islands and Basque Country. Therefore, it may be interpreted that in the Canary Islands, there is a high degree of family involvement in care services with a limited relevance of domestic ser-

vice, while in the Basque Country, the situation is the complete opposite: high incidence of domestic service, which seemingly mitigates the need for family member care provision. The Graph allows for the identification of two extreme patterns regarding the combination of domestic service and informal care:

1. Regions where family care is very elevated and domestic service participation is quite low. The Canary Islands (CAN), Galicia (GAL) and Andalusia (AN) demonstrate this situation.
2. Regions where family care is more limited and domestic service is quite elevated. This situation prevails in the Basque Country (PV), La Rioja (RI), Balearic Islands (IB) and Navarre (NA).

Just as proximity of ACs reveals similar care provision distributions, the existence of similarities in care-provision institutions also describes relations between both in the set of ACs. In this way, it is possible to conclude that there is an inverse relationship between family care and domestic service: the higher the incidence of private care, the less intense the family participation.

Factor 2, “public formal care”, is the second large differentiating element of the model and is interpreted from “bottom to top”. It demonstrates the opposition between the ACs that have focused more resources on home help services and those that have supported cash-for-care schemes. In the first case, we find Madrid and Extremadura, regions that have devoted the most to the social services. On the other hand, Navarre and Andalusia have the most extensive economic assistance. Therefore, regarding Factor 2, three formal public care patterns emerge on a territorial scale:

1. On the one hand, certain regions have clearly extended home help services: Madrid (MD) and Extremadura (EX).

2. On the other hand, a series of ACs have experienced notable development in the area of economic assistance and limited incidences of social services. Navarre (NA), Andalusia (AN), and Cantabria (CB) are the main cases of this type.
3. And, finally, two ACs demonstrate similar positions with respect to social service and cash transfers incidences. Both have strongly promoted both of these resources. This is the case in La Rioja (RI) and the Basque Country (PV).

Based on these results, it may be concluded that the correspondence analysis has clarified the structure of the data, easing the interpretation of the inter-relationships between the care provider entities and the communities. In addition, it provides the appropriate framework for classification based on the essential information supplied by these axes. The following section considers this in more depth.

REGIONAL MODELS OF SOCIAL CARE ORGANIZATION AND THEIR SITUATION WITHIN FAMILISM, PRIVATIZATION AND PROFESSIONALIZATION

By combining the incidence of these two factors, it is possible to identify two processes in each AC: similar regional behavior with regards to care provision entities and the ability of these entities to explain regional differences in care. In this section, and based on the relationships identified from the correspondence analysis, the care models are classified⁵ on a territorial level and presented in Table II.

According to these results, it is possible to define six trends in Spain regarding the or-

⁵ Taking into account the proximity of the points projected on the map as defined by the main axes and the role of each point (that is, each AC) in determining the axes (the AC factor scores and the contributions of the provider entities in their definition are found in Appendix C).

TABLE 2. Spanish Autonomous Community Classification based on social organization of in households eldercare.

	FAMILY PROVISION	PUBLIC PROVISION		PRIVATE PROVISION
	Family Care Index 2008	Home Help Service Index 2008	Coverage (%) Cash transfer (PECEF)	Domestic Service Caregivers (%) 2008
Absolute familist				
Canary Islands	91.9	62.0	6.6	5.3
Galicia	93.0	50.0	13.3	9.4
Domestic with no public Support				
Asturias	88.1	48.7	12.4	12.4
Valencian Community	94.7	32.3	7.9	12.6
Balearic Islands	77.5	43.0	15.7	16.0
Subsidized Familistic				
Andalusia	89.1	16.6	30.2	7.5
Cantabria	95.6	55.7	34.8	10.5
Catalonia	83.3	55.9	22.6	9.3
Aragón	80.1	41.3	26.3	8.8
Subsidized domestic				
Navarre	80.5	36.3	26.8	16.8
Murcia	83.5	37.1	21.5	11.7
Professional				
Madrid	77.1	83.3	3.5	10.1
Extremadura	82.3	73.5	12.0	9.4
Castile-La Mancha	85.4	65.4	20.4	9.4
Castile and León	79.1	58.6	14.6	9.9
Optional				
Basque Country	67.9	70.4	23.6	20.2
La Rioja	36.8	62.4	43.8	17.3

Source: Compiled by author (see Appendix A and B for index creation).

ganization of care provision, as described below:

1.- Absolute familistic model. Despite the general increase in social services over recent years, there are regions in which family care co-exists with a minimum number of other forms of home based care provi-

sion, both public or private. These tend to be areas in which the increase of SAD services has not been sufficiently widespread so as to compensate for family work, and in which cash benefits are still at an early stage. This system has been developed in the Canary Islands and Galicia. In the Canary Islands,

the family care index has a very high rate (91.9%), PECEF coverage is only 6.6% and the value of the SAD index is approximately 62%. In Galicia the same inertia is found regarding familism, although there is a slight trend towards increasing cash benefits (coverage reaching some 13.3%) in detriment of the SAD (having a rate of 50.0%), in contrast to the Canary Islands situation.

2.- Domestic with no public support model. Groups together those regions having limited public resource participation (both social services as well as cash transfers) in the care activities, as in the previous case, but in which there is a relevant commercialization process via the hiring of household employees. In addition, this becomes the primary external provision option. Asturias, Valencian Community and the Balearic Islands fall under this situation. For example, the home help service index has a value of 32.3% in Valencian Community and the PECEF incidence only reaches 7.9%. In the absence of a public care system, families in these regions turn to external domestic service care solutions. In Asturias and Valencian Community, the elderly who use non-professional caregivers make up 12.4% and 12.6%, respectively. In addition, in both areas there is a strong and intense presence of family caregivers, despite privatization.

Based on these models, it appears that the lack of adequate social protection combines with distinct trends in family organization of care. Thus, the lack of state-driven support in Galicia and the Canary Islands (absolute familistic model) reinforces the role of the family as the main provider, without an extended private market dedicated to these tasks. This strong familism however, acquires new aspects in Asturias, Balearic Islands and Valencian Community ("Domestic with no public Support model"), where, despite similar levels of public care (or even lower), a wide non-professional private care sector has been developed in the domestic service.

This situation suggests that similar social policy implementation patterns develop regionally in areas having different organizations of elder care within the households. In these cases, it is necessary to turn to local social, economic and demographic processes in order to explain the care provision and its implication on the family. The degree of female labor insertion and the foreign population percentage may influence this scheme. An absence of available females willing to serve as full-time caregivers and the availability of an accessible private care market lead to commercialization, as determined in research by Simonazzi (2009). Qualitative case studies will be useful in order to analyze each of these situations, identify characteristics of the care cultures and offer more in-depth explanatory frameworks of the underlying causes of the differences between these models.

3.- Subsidized familistic model. Also characterized by the family as the principle agent in the care provision, however, in this case, this service is supported by the public administration through cash benefits for direct management. Included in this category are Andalusia, Cantabria, Catalonia and Aragón. The subsidies coverage is very extensive and is combined with a high degree of family participation in care. The most representative cases are Cantabria and Andalusia. In Cantabria, the index of family care reaches the country's highest range at 95.6%. In Andalusia, there is a slightly lower intensity at 85.3%. In both of these regions, PECEF coverage exceeds 30%. The incidence of this provision is 30.2% in Andalusia and 34.8% in Cantabria (the national average is 18.2%). In both of these regions, the percentage of domestic employee is very limited, although it appears that Cantabria is beginning to develop this resource, having a percentage of 10.5%. In Catalonia and Aragón, similar trends are observed, although in these communities, PECEF extension is somewhat more limited.

4.- Subsidized domestic model. The ACs included in this model are those having social policy directed at the granting of economic benefits. Also, the extension of this resource coincides with a high presence of non-professional caregivers hired as household employees. This process of subsidized externalization appears in Navarre and Murcia, where the percentage of household caregivers is 16.8% and 11.7%, respectively. Economic subsidy coverage is determined to reach 26.8% in Navarre and 21.5% in Murcia. In the future, it is possible that the Balearic Islands will also be incorporated in this model, since although their PECEF coverage is situated at 15.7% and privatization level via domestic service has already reached 16.0%.

Studies in various European countries have certified that the commercialization process for care services is associated with the increase of cash-for-care schemes (Williams and Gavanas, 2008; Ungerson and Yeandle, 2007; Bettio, 2006; Ellingsaeter and Leira, 2006). However, in Spain, regions with wide diffusion of economic benefits, those with the highest rankings in PECEF coverage, show opposite trends in regards to commercialization. In Andalusia, Cantabria, Aragón and Catalonia, subsidies co-exist with high family participation in care practices (hence their inclusion in the “subsidized familistic model”). This situation is particularly striking in Catalonia and Aragón, where the high PECEF coverage may be interpreted as a means of acknowledging the role of the family in care work. On the other hand, in Navarre and Murcia these subsidies concur with a high percentage of hired household employees, therefore, this scheme co-exists with a commercialization that has lightened the family’s burden. Due to legal restrictions requiring that this money be destined to caregivers and not to relatives, the probability of the PECEF supporting the development of a private care sector is limited, although some qualitative research studies have detected that, on

occasions, the subsidy has been included in the salary of non-professional caregivers within the informal sector⁶ (Martínez, 2010; Cervera, 2009). In any case, the introduction of PECEF and the application of the LAPAD have altered the conditions leading to familism and commercialization. On the one hand, in some regions, subsidies compensate family work and, in those areas in which commercialization is already a growing phenomenon, it has not been mitigated, rather, figures demonstrate that both resources are combined.

5.- Professional model. Appearing in those regions in which social policy has opted to promote home-based care, extending its coverage to that of the PECEF. The communities of Madrid, Extremadura, Castile-La Mancha and Castile and León form a part of this model. The most intense home-based care service, in terms of hours of care, occurs in Madrid, with a SAD index value of 83.3% (the highest in the country). In addition, in this region, economic benefits covers only 3.5% of the entire dependent elderly population. This limited acceptance of subsidies has been interpreted as a means of resistance on behalf of the Madrid regional government to the LAPAD implementation (Costa-Font, 2010). The high rate of home-based professional care has managed to set the standard towards de-familism in these regions, except in Castile-La Mancha, where family involvement continues to be considerably high with respect to the other ACs located in this model group.

6.- Optional model. This is the case for the regions of La Rioja and the Basque Country. These regions have the most balanced provision offerings: extensive social services, highly developed economic benefits and a significant presence of non-professional, caregivers employed. Therefore,

⁶ This is a situation that some experts have also encountered in Austria and Italy (Da Roit and Le Bihan, 2010).

this model offers the highest level of de-familism and has thus been referred to as “optional”. Regarding these two autonomous communities, it should be noted that their extensive social protection, far from inhibiting domestic caretaker demands as logic may suggest, results in even higher percentages of household employee hiring. In the case of the Basque Country, it reaches 20.2% and in La Rioja, the percentage is 17.3%, exceeding the statewide average of 10.2%.

In conclusion, contrary to the claims of welfare studies used to explain an increased degree of family involvement in care provision in Mediterranean countries (Esping-Andersen, 1998), regional data desegregation indicates that the ACs having less-involved family roles are not those having the greatest social service capacity. If this were the case, the “professional model” ACs, that is, those with the greatest home-based care service coverage and intensity, would also be those having the lowest level of family care involvement. However, the care model that is the most de-familized is found in those regions offering a wide range of social protection, but that also have managed to create a private care sector that is both accessible and economic. In the case of Spain, this situation occurs in the so-called “optional model”, which includes the regions of La Rioja and the Basque Country. It is characterized by extensive social services coverage, a large volume of economic benefits and a high representation of domestic workers hired as caregivers. This extensive offering gives families various options for care provision. It is found that adequate social protection does not mitigate externalization in domestic care, but rather, reinforces it. These regions have the highest percentage of non-professional caregivers (20.2% in the Basque Country and 17.3% in La Rioja) as well as high SAD-index and economic benefits coverage scores.

CONCLUSIONS

A regional level analysis of the provision of care and its distribution across the state, the family and the market, have corroborated the existence of varied care organization contexts in Spain, characterized by the contexts of familism, professionalization and privatization. Statistical evidence, through correspondence analysis, confirmed the existence of notable differences in coverage and intensity levels between the entities supplying personal care and their geographic distribution. Thus, it is opportune to conduct studies that incorporate territorial distribution, not only to improve the knowledge of the factors defining these care varieties within the country, but also to advance theoretically with respect to the emerging sub-national systems of care and welfare.

Differences in the distribution of formal care provision are not only related to differing needs presented by each region’s population, but also to the autonomy displayed by the ACs in applying social policies on a national level, particularly, those related to the LAPAD. Therefore, discrepancies in both the selection of the most appropriate public programs for protection of the dependent, as well as their diffusion, certify the regional power of the autonomous governments. However, the power of public programs to explain the consequences of these differences in family care management is more limited. It has been explained, for example, that the most professionalized care model (including home help service) co-exists with a high degree of family participation, while a relevant diffusion of economic benefits may be developed both in very familistic and very privatized areas (“domestic subsidized” and “familistic subsidized” models). These variations demonstrate that social protection alone is not capable of influencing the manner in which families organize the care tasks.

It is important to consider other cultural, social, economic and demographic elements

both in order to explain the trend towards commercialization and towards familism, given that in the regions in which there is a strong social services network along with extensive cash transfers, there is also the highest incidence of the private care market. Examination of these components requires more qualitative analyses than those offered by this study, thus future exploration of these factors is recommended. In addition, quantitative information sources having representative regional samples related to care services management are limited and do not permit this type of research study. Currently, the most appropriate source is the EDAD survey; but, having been conducted in 2008, it is not possible to examine changes in the provision agencies following the economic crisis or to evaluate the adaptation of the LAPAD to subsequent funding deficiencies. Without a doubt, this is an area of considerable analytical interest that will be explored in the upcoming years, once the impact of the initial years of LAPAD implementation is known.

REFERENCES

- Acosta, Elaine (2012). *Crisis del cuidado y migraciones de mujeres. Análisis comparativo de flujos migratorios feminizados sur-norte y sur-sur*. Universidad de Deusto.
- Alonso, José María (2011). "El efecto expansivo de la Ley de Dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales". *Papeles de Economía Española*, 129: 182-193.
- Anttonen, Anneli and Sipilä, Jorma (1996). "European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?". *Journal of European Social Policy*, 6(2): 87-100.
- Barriga, Luis Alberto (2010). *Financiación y costes de la Ley 39/2006*. Observatorio Estatal para la Dependencia, Madrid: Asociación Estatal de Directores Gerentes en Servicios Sociales.
- et al. (2011). *Desarrollo de la implantación territorial de la Ley de Promoción y Autonomías de las Personas en Situación de Dependencia. Informe de Evolución de la Ley cuatro años después*. Madrid: Observatorio para el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- Batista, Joan Manuel and Sureda, Joan (1987). "Análisis de correspondencias and técnicas de clasificación: su interés para la investigación en las ciencias sociales and del comportamiento". *Infancia and Aprendizaje*, 39-40: 171-186.
- Benería, Lourdes (2008). "The Crisis of Care, International Migration, and Public Policy". *Feminist Economics*, 14(3): 1-21.
- Benzécri, Jean-Pierre (1992). *Correspondance Analysis Handbook*. New York: Marcel Dekker.
- Bettio, Francesca et al. (2006). "Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean". *Journal of European Social Policy*, 16(3): 271-285.
- and Mazzotta, Fernanda (2011). "The Future of Care in Europe. Exploring the Trade-offs that are Driving Change". *Kurswechsel*, 4: 36-48.
- and Plantenga, Janneke (2004). "Comparing Care Regimes in Europe". *Feminist Economics*, 10(1): 85-113.
- Boyne, George and Powell, Martin (1991). "Territorial Justice: A Review of Theory and Evidence". *Political Geography Quarterly*, 10(3): 263-281.
- Cervera, Montserrat et al. (2009). *Informe final 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* (en línea). <http://www.imserso-mayores.csic.es>, last access 1 de March, 2012.
- Colectivo IOÉ (2005). "El cuidado de personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid". In: IMSERSO (ed.). *Cuidado a la dependencia e inmigración*. Madrid: IMSERSO.
- Costa-Font, Joan (2010). "Devolution and Welfare Reform: Long-term Care in the "Latin Rim"". *Social Policy and Administration*, 44(4): 481-494.
- Da Roit, Barbara (2007). "Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State: Elderly Care in Italy". *Current Sociology*, 55(2): 251-269.
- (2012). "Privately Paid Care for Older People in Italy: Testing the Equivalence between Macregions". *Quality and Quantity* (en línea). <http://link.springer.com/article/10.1007%2F11135-012-9788-y>, last access 15 de february, 2013.

- and Le Bihan, Blanche (2010). "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long Term Care Policies". *The Milbank Quarterly*, 88(3): 286-309.
- Daly, Mary and Lewis, Jane (2000). "The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States". *The British Journal of Sociology*, 51(2): 281-298.
- Durán, María Ángeles (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Ehrenreich, Barbara and Hochschild, Arlie R. (2004). *Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. New York: Henry Holt and Company.
- Ellingsaeter, Ann L. and Leira, Arnlaug (2006). *Politicizing Parenthood in Scandinavia. Gender Relations in Welfare States*. Bristol: Policy Press.
- Esping-Andersen, Gosta (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- (1998). *The Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- García, Cristina et al. (2012). *Inmigrantes en el servicio doméstico*. Madrid: Talasa.
- González, Tania (2013). "Globally Interdependent Households: Irregular Migrants Employed in Domestic and Care Work in Spain". In: Triandafyllidou, A. (ed.). *Irregular Migrant Domestic Workers in Europe. Who Cares?* Farnham: Ashgate.
- Greenacre, Michael (1994). *Correspondance Analysis in the Social Sciences*. San Diego: Academic Press.
- Herrero, Cristina and De la Fuente, Andrés (2009). "Impacto de la entrada en vigor de la Ley 39/2006 sobre el gasto presupuestario de las comunidades autónomas en el período 2006-2009". *Presupuesto y Gasto Público*, 56: 113-126.
- Hochschild, Arlie R. (2000). "Global Care and Chains and Emotional Surplus Value". In: Hutton, W. and Giddens, A. (ed.). *On the Edge: Living with Global Capitalism*. London: Jonathan Cape.
- IMSERSO (2009). *Informe sobre las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- (2012). *Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación* (en línea). <http://www.imserso.es>, last access 1 de june, 2012.
- INE (2012). *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (en línea). <http://www.ine.es>, last access January 3, 2012.
- Jensen, Per H. and Lolle, Henrik (2010). "Dynamics behind Local Variations in Elderly Care". Paper presentado en la 8th ESPAnet Conference, Budapest, 2-4 de septiembre.
- Kilkey, Majella; Lutz, Helma and Palenga, Ewa (2010). "Introduction: Domestic and Care Work at the Intersection of Welfare, Gender and Migration Regimen: Some European Experiences". *Social Policy and Society*, 9(3): 379-384.
- Kröger, Teppo (1997). "Local Government in Scandinavia: Autonomous or Integrated into the Welfare State?". In: Sipilä, J. (ed.). *Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model*. Avebury: Aldershot.
- (2011). "Retuning the Nordic Welfare Municipality: Central Regulation of Social Care under Change in Finland". *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4): 148-159.
- Leitner, Sigrid (2003). "Varieties of Familialism: The Caring Function of the Family in Comparative Perspective". *European Societies*, 5(4): 353-375.
- León, Margarita (2011). "Ideas, política y realidad. Análisis crítico de la Ley de Dependencia". *Papeles de Economía Española*, 129: 170-181.
- Lyon, Dawn and Gluksmann, Miriam (2008). "Comparative Configurations of Care Work across Europe". *Sociology*, 42(1):101-118.
- Marbán, Vicente (2009). "Atención a la dependencia" In: L. Moreno (ed.). *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Marcu, Silvia (2009). "Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid". *Estudios Geográficos*, 267: 463-489.
- Martínez, Raquel (2009). "The Entry of Female Immigrants into Personal Home Care Services in Spain". In: Fassman, H., Haller, M. and Lane, D. (eds.), *Migration and Mobility in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- (2010). *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC.
- Parreñas, Rhacel (2001). *Servants of Globalization: Woman, Migration and Domestic Work*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Rauch, Dietmar (2008). "Central versus Local Service Regulation: Accounting for Diverging Old-age Care Developments in Sweden and Denmark 1980-2000". *Social Policy and Administration*, 42(3): 267-287.

- Rodríguez, Gregorio (2011). *Servicios sociales y cohesión social*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Rodríguez, Vicente *et al.* (2012). *Inmigración y cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Savla, Jyoti *et al.* (2008). "Home Help Services in Sweden: Responsiveness to Changing Demographics and Needs". *European Journal of Ageing*, 5: 47-55.
- Sellers, Jefferey M. and Lidström, Anders (2007). "Decentralization, Local Government, and the Welfare State". *Governance*, 20: 609-632.
- Shutes, Isabel and Walsh, Kieran (2012). "Negotiating User Preferences, Discrimination, and Demand for Migrant Labour in Long-Term Care". *Social Politics*, 19(1): 89-104.
- Simonazzi, Annamaria (2009). "Care Regimes and National Employment Models". *Cambridge Journal of Economics*, 33: 211-232.
- Sundström, Gerdt *et al.* (2011). "Diversification of Old-age Care Services for Older People: Trade-offs between Coverage, Diversification and Targeting in European Countries". *Journal of Care Services Management*, 5(1): 35-42.
- Tobío, Constanza *et al.* (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Trydegard, Gun B. and Thorslund, Mats (2001). "Inequality in the Welfare State? Local Variation in Care of Elderly —the Case of Sweden". *International Journal of Social Welfare*, 10(3): 174-184.
- and — (2010). "One Uniform Welfare State or a Multitud of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care". *Social Policy and Administration*, 44(4): 495-511.
- Ungerson, Claire (2003). "Commodified Care Work in European Labour Markets". *European Societies*, 5(4): 377-396.
- and Yeandle, Sue (2007). *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. London: Palgrave.
- Williams, Fiona (2011). "Towards a Transnational Analysis of the Political Economy of Care". In: Mahon, R. and Robinson, F. (eds.), *Feminist Ethics and Social Policy: Towards a New Global Political Economy of Care*. Vancouver: University of British Columbia Press.
- and Gavanas, Anna (2008). "The Intersection of Childcare Regimes and Migration Regimes: A Three-Country Study". In: Lutz, H. (ed.). *Migration and Domestic Work*. Aldershot: Ashgate.

RECEPTION: July 8, 2012.

REVIEW: February 18, 2013.

ACCEPTANCE: September 23, 2013.

APPENDIX A

TABLE A1. Coverage and intensity of family care in Spain

	Family care coverage (indicator a)	Family care intensity (indicator b)
Andalusia	77.4	44.6
Aragón	67.3	41.6
Asturias	78.0	43.1
Balearic Islands	71.4	36.1
Canary Islands	81.0	45.3
Cantabria	73.8	54.0
Castile and León	68.8	39.5
Castile-La Mancha	74.1	42.8
Catalonia	80.1	36.5
Valencian Community	77.2	50.7
Extremadura	70.9	41.5
Galicia	77.3	48.8
Madrid	71.8	36.1
Murcia	74.8	40.4
Navarre	71.1	39.5
Basque Country	64.8	30.1
La Rioja	62.3	39.7
TOTAL	75.0	42.3

Source: Compiled by author: INE. 2012.

TABLE A2. Values of indicators (a) and (b) following their linear transformation and the "Family care index"

	Intensity	Coverage	Family Care Index (average)
Andalusia	82.6	95.6	89.1
Aragón	77.0	83.1	80.1
Asturias	79.8	96.3	88.1
Balearic Islands	66.7	88.2	77.5
Canary Islands	83.8	100.0	91.9
Cantabria	100.0	91.1	95.6
Castile an León	73.1	85.0	79.1
Castile-La Mancha	79.2	91.5	85.4
Catalonia	67.6	98.9	83.3
Valencian Community	93.9	95.4	94.7
Extremadura	76.9	87.6	82.3
Galicia	90.4	95.5	93.0
Madrid	66.8	88.6	77.7
Murcia	74.7	92.3	83.5
Navarre	73.1	87.8	80.5
Basque Country	0.0	80.1	40.1
La Rioja	73.6	0.0	36.8

Source: Compiled by author INE. 2012

APPENDIX B**TABLE B1.** Coverage and intensity of home help service (SAD) in Spain

	SAD Coverage (indicator a)	SAD Intensity (indicator b)
Andalusia	16.1	8.4
Aragón	23.0	9.9
Asturias	24.9	13.0
Balearic Islands	19.7	12.8
Canary Islands	18.7	24.0
Cantabria	20.1	19.6
Castile and León	25.4	18.3
Castile-La Mancha	34.3	16.9
Catalonia	27.7	15.4
Valencian Community	12.6	10.8
Extremadura	42.1	16.9
Galicia	7.4	28.0
Madrid	48.7	18.6
Murcia	8.3	16.0
Navarre	17.1	10.5
Basque Country	32.7	20.6
La Rioja	39.7	12.1
TOTAL	23.3	16.9

Source: Compiled by author: IMSERSO. 2009.

TABLE B2. Values of indicators (a) and (b) upon their linear transformation and the "SAD Intensity Index"

	Intensity	Coverage	SAD Index (average)
Andalusia	0.0	33.1	16.6
Aragón	35.4	47.1	41.3
Asturias	46.4	51.0	48.7
Balearic Islands	45.5	40.4	43.0
Canary Islands	85.7	38.3	62.0
Cantabria	70.1	41.2	55.7
Castile and León	65.2	52.0	58.6
Castile-La Mancha	60.3	70.4	65.4
Catalonia	55.0	56.9	55.9
Valencian Community	38.6	25.9	32.3
Extremadura	60.5	86.5	73.5
Galicia	100.0	0.0	50.0
Madrid	66.6	100.0	83.3
Murcia	57.1	17.0	37.1
Navarre	37.5	35.1	36.3
Basque Country	73.6	67.1	70.4
La Rioja	43.2	81.6	62.4

Source: Compiled by author: IMSERSO. 2009

APPENDIX C

TABLE C1. *Recoding of variables introduced in the Correspondence Analysis via the “range of data” method and subsequent “double coding”.*

	Original data				Range of data				Double coding of variables							
	CF	SAD	SD	PE	CF	SAD	SD	PE	CF+	CF-	SAD+	SAD-	SD+	SD-	PE+	PE-
AN	89.1	16.6	7.5	30.2	12	1	2	15	11	5	0	16	1	15	14	2
AR	80.1	41.3	8.8	26.3	4	5	3	13	3	13	4	12	2	14	12	4
AS	88.1	48.7	12.4	12.4	13	7	12	5	12	4	6	10	11	5	4	12
IB	77.5	43.0	16.0	15.7	5	6	14	8	4	12	5	11	13	3	7	9
CN	91.9	62.0	5.3	6.6	15	12	1	2	14	2	11	5	0	16	1	15
CB	95.6	55.7	10.5	34.8	17	9	10	16	16	0	8	8	9	7	15	1
CL	79.1	58.6	9.9	14.6	6	11	8	7	5	11	10	6	7	9	6	10
CM	85.4	65.4	9.4	20.4	11	14	5	9	10	6	13	3	4	12	8	8
CT	83.3	55.9	9.3	22.6	10	10	4	11	9	7	9	7	3	13	10	6
CV	94.7	32.3	12.6	7.9	14	2	13	3	13	3	1	15	12	4	2	14
EX	82.3	73.5	9.4	12.0	7	16	6	4	6	10	15	1	5	11	3	13
GA	93.0	50.0	9.4	13.3	16	8	7	6	15	1	7	9	6	10	5	11
MD	77.7	83.3	10.1	3.5	3	17	9	1	2	14	16	0	8	8	0	16
MU	83.5	37.1	11.7	21.5	8	4	11	10	7	9	3	13	10	6	9	7
NA	80.5	36.3	16.8	26.8	9	3	15	14	8	8	2	14	14	2	13	3
PV	40.1	70.4	20.2	23.6	1	15	17	12	0	16	14	2	16	0	11	5
RI	36.8	62.4	17.3	43.8	2	13	16	17	1	15	12	4	15	1	16	0

Source: Compiled by author. CF=Family care (index); SAD=Home Help Service (%); SD=Domestic Service (%); PE=Economic assistance (%).

Correspondence Analysis Results:

Test of independence between rows and columns:

Chi Square (Observed value)	408.000
Chi Square (Critical value)	137.701
GDL	112
p-valor	< 0.0001
alpha	0.05

Eigenvalues and inertia percentage:

	F1	F2	F3	F4
Eigenvalue	0.144	0.126	0.067	0.038
Inertia (%)	38.379	33.703	17.852	10.066
% accumulated	38.379	72.082	89.934	100.000

Contributions (file)

	Weight (relative)	F1	F2	F3	F4
AN	0.059	0.086	0.112	0.118	0.049
AR	0.059	0.000	0.017	0.158	0.229
AS	0.059	0.012	0.000	0.124	0.006
IB	0.059	0.031	0.010	0.056	0.061
CN	0.059	0.144	0.121	0.002	0.003
CB	0.059	0.018	0.063	0.011	0.393
CL	0.059	0.005	0.020	0.002	0.020
CM	0.059	0.006	0.034	0.046	0.054
CT	0.059	0.012	0.001	0.079	0.001
CV	0.059	0.042	0.013	0.310	0.017
EX	0.059	0.001	0.154	0.006	0.000
GA	0.059	0.082	0.002	0.018	0.033
MD	0.059	0.040	0.241	0.008	0.026
MU	0.059	0.000	0.037	0.012	0.042
NA	0.059	0.011	0.151	0.025	0.000
PV	0.059	0.269	0.002	0.001	0.021
RI	0.059	0.240	0.024	0.024	0.046

Contributions (columns):

	Weight (relative)	F1	F2	F3	F4
SD+	0.125	0.162	0.040	0.248	0.050
SD-	0.125	0.162	0.040	0.248	0.050
PE+	0.125	0.030	0.216	0.192	0.061
PE-	0.125	0.030	0.216	0.192	0.061
CF+	0.125	0.250	0.008	0.026	0.216
CF-	0.125	0.250	0.008	0.026	0.216
SAD+	0.125	0.057	0.236	0.034	0.172
SAD-	0.125	0.057	0.236	0.034	0.172