

ESTUDIOS DE PROGRESO
Fundación Alternativ**ss**

Articulación entre las relaciones familiares y sociales y la discapacidad en Europa

Laura Lorenzo Carrascosa

Laura Lorenzo Carrascosa

Doctora en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Realizó su investigación predoctoral en el CSIC. Su trabajo de investigación se centra en el envejecimiento, la salud y el capital social.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Laura Lorenzo Carrascosa

ISBN: 978-84-92957-71-2

Depósito Legal: M-29924-2011

Índice

Abstract	5
Resumen ejecutivo	6
1 Introducción	8
2 Dependencia y apoyo familiar en Europa	11
3 Fuentes de datos y metodología	15
3.1. Clasificación de países	20
3.2. Otras fuentes de datos	21
4 Articulación entre las relaciones familiares y sociales y la discapacidad en Europa	22
4.1. Perfil de la dependencia en Europa	22
4.2. Factores que inciden en la discapacidad de la población de 50 y más años en Europa	26
4.3. A modo de conclusión	32
4.4. Limitaciones del estudio	35
5. Implicaciones para las políticas públicas	37
6. Bibliografía	40
Índice de Tablas y Gráficos	43

Siglas y abreviaturas

EVLD	Esperanza de vida libre de discapacidad
EVS	Esperanza de vida con buena salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SHARE	The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa)

Abstract

The beneficial effects of social relations and family networks have been identified in several studies on health of elderly people. Contact with children or relatives, social interaction with friends and participation in social activities are associated with good physical and mental health in older people.

This study aims at assess the linkages between social networks and disability of people over 50 in Europe. The analysis will be based on data from the 2006-2007 'Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe' (SHARE).

The results show that social networks play an important role in achieving healthy aging. The beneficial effects of social networks on disability are stronger in the Southern European countries than in the other welfare regimes.

Resumen ejecutivo

Numerosos estudios enfatizan el papel de los factores sociales sobre la salud física y mental de la población. Estas investigaciones han demostrado que los factores sociales y ambientales contribuyen a las desigualdades en las formas de envejecer. A factores de riesgo conocidos, como el nivel educativo o el estatus socioeconómico, se suman factores como los vínculos familiares, los contactos sociales y la participación social. Estos factores familiares y sociales actúan como predictores del estado de salud, la autonomía funcional y cognitiva, y el bienestar y la satisfacción entre las personas mayores.

El objetivo de este estudio es explorar las desigualdades en el estado de salud de la población europea. Para ello, se examina la articulación entre las relaciones personales y sociales, y la prevalencia de discapacidad en la población de 50 y más años de trece países europeos. Se han utilizado los datos de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa 2006/2007 (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE*). Los países participantes se han agrupado de acuerdo con la clasificación de países según los modelos de regímenes de bienestar propuesta por Esping-Andersen (1990 y 1999) y para los países del Este de Europa. Los diferentes regímenes de bienestar condicionan en buena medida el nivel de gasto social y el alcance de diversas políticas sociales. Al mismo tiempo, hay que subrayar las diferencias existentes en las formas de apoyo y solidaridad familiar entre los distintos países europeos.

Las principales conclusiones de esta investigación son:

- El apoyo familiar y las relaciones sociales están vinculadas con el estado de salud de la población europea de 50 y más años. En general, vivir en pareja, mantener contactos con miembros de la familia, cuidar de los nietos y practicar actividades relacionadas con el tiempo libre están asociados a un mejor estado de salud. Por otro lado, convivir en un hogar extenso, recibir ayuda en

el cuidado personal y en tareas domésticas y administrativas, y recibir transferencias económicas se relaciona con un peor estado de salud.

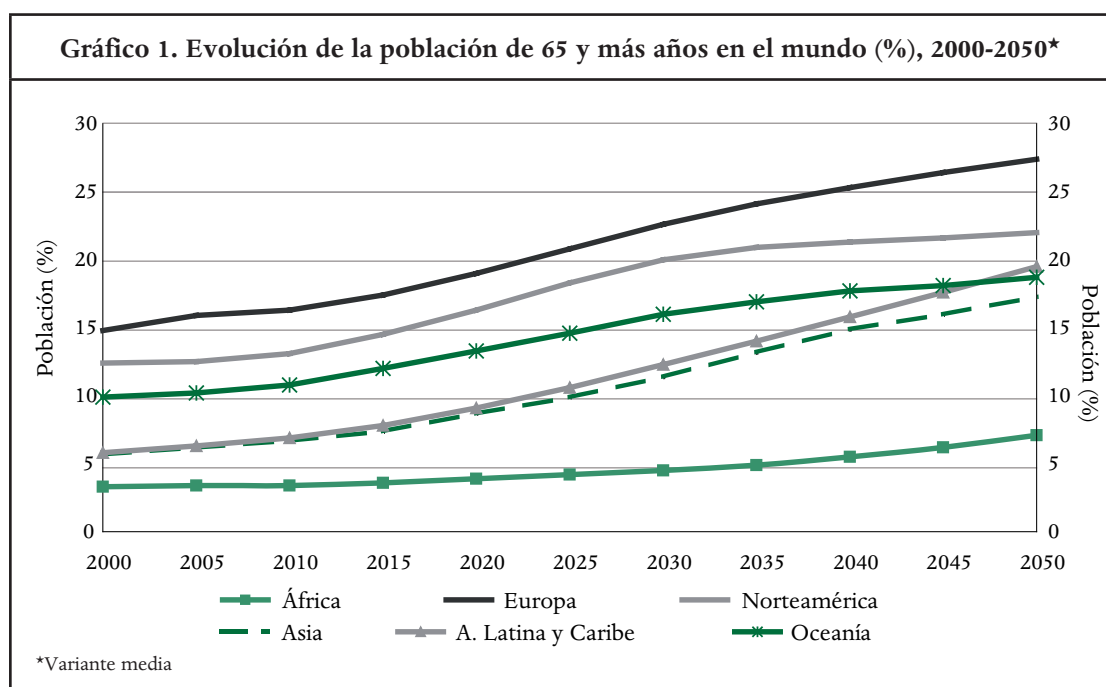
- En los países con un régimen de bienestar mediterráneo, las relaciones familiares y los contactos sociales tienen una asociación más fuerte con la prevalencia de discapacidad que en las otras grandes regiones.
- El nuevo contexto demográfico implica un profundo cambio en la orientación de las políticas públicas. En este sentido, las estrategias deberían orientarse al mantenimiento de la persona discapacitada en su contexto familiar y comunitario. Al mismo tiempo, es necesario abordar políticas familiares y fiscales orientadas a atenuar la desigualdad social de las familias cuidadoras.

Introducción

Entre el año 2010 y el 2050, se estima que la población mundial de 65 años y más se multiplicará por tres, pasando de 523 millones a 1.486 millones. De acuerdo con las proyecciones de población de Naciones Unidas (2008), en el año 2050 el 26,2% de la población de los países desarrollados superará los 65 años, y el 14,6% en los países en vías de desarrollo.

En la actualidad, Europa tiene la mayor proporción de población de 65 y más años a nivel internacional, solo comparable con la estructura de edad de Japón. Esta ya elevada proporción de personas mayores se incrementará a un nivel sin precedentes históricos en las próximas décadas. Las proyecciones de población estiman que, en el año 2050, el 27,4% de la población europea tendrá 65 y más años. Por detrás en importancia se sitúan: Norteamérica (22%), América Latina y el Caribe (19,5%), Oceanía (18,7%), Asia (17,3%) y África (7,1%) (Naciones Unidas, 2008) (Gráfico 1).

El sustancial incremento del volumen de personas mayores que se producirá en las próximas décadas –fundamentalmente en las sociedades desarrolladas– conlleva significativas consecuencias en áreas centrales de la sociedad. Los países con una población fuertemente envejecida es probable que se enfrenten a dificultades para proporcionar bienes y servicios esenciales a su población –como atención sanitaria y asistencial, y prestaciones públicas, entre otros–, por lo que el desarrollo general del país podría verse afectado por el proceso de envejecimiento (Comisión Europea, 2006). Pero, al mismo tiempo, el envejecimiento demográfico implica profundos cambios sociales que afectan a la estructura y composición de las familias. El aumento del número de hogares unipersonales, la reducción del tamaño medio de las familias y el debilitamiento de las redes familiares y personales pueden tener implicaciones en el bienestar y la calidad de vida de la población mayor. Todas estas transformaciones hacen necesario diseñar políticas factibles y potencialmente efectivas que incidan en mitigar los efectos adversos que el proceso de envejecimiento conlleva y eviten la desigualdad socioeconómica de las personas mayores.



Fuente: Naciones Unidas (2008). Elaboración propia

En la actualidad, una de las principales prioridades en la investigación a nivel internacional es mantener y mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población mayor. Tradicionalmente, el estudio de la salud se ha centrado en la contribución de los aspectos biológicos sobre la enfermedad. Pero, en las últimas décadas, han cobrado importancia los estudios que enfatizan el papel de los factores sociales sobre la salud física y mental de la población (Brenner y Siegl, 2008). Estas investigaciones han puesto de manifiesto que, más allá de las condiciones biológicas específicas, los factores sociales y ambientales también contribuyen a las desigualdades en las formas de envejecer. A factores de riesgo conocidos, como el nivel educativo o el estatus socioeconómico, se suman factores como los vínculos familiares, los contactos sociales y la participación social. Estos factores familiares y sociales actúan como predictores del estado de salud, la autonomía funcional y cognitiva, y el bienestar y la satisfacción entre las personas mayores (Stein y Moritz, 1999; Escobar Bravo *et al.*, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Constitución de 1946, definía la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 2006). El concepto de estado de salud se construye, por tanto, mediante una serie de indicadores físicos, psicológicos y sociales relacionados con la salud y el bienestar. Esta definición de la OMS atribuye a los factores sociales una significativa relevancia en el desarrollo de enfermedades y discapacidades, y en el estatus funcional y el bienestar de los individuos.

Este planteamiento multidimensional del estado de salud es el que se ha desarrollado en este trabajo. A partir del razonamiento de que el estado de salud se construye mediante diferentes indicadores relacionados con el estado físico y el bienestar emocional de la población, se ha desarrollado la idea de que los factores sociales en los que viven inmersos los sujetos también forman parte de este concepto más dinámico de salud. En concreto,

se examina la articulación entre las relaciones personales y sociales y la prevalencia de discapacidad en la población europea de más de 50 años.

Para ello, en primer lugar, se ofrece una visión de conjunto de la dependencia en Europa, y se repasan las principales investigaciones que vinculan el capital social y el estado de salud de la población. A continuación, se exponen las características de los datos y la metodología de análisis. En el apartado cuarto, se explora la asociación entre los vínculos familiares y sociales y la prevalencia de discapacidades. Por último, se reflexiona acerca de la orientación que deberían tomar las políticas públicas en un escenario demográfico como el actual de envejecimiento generalizado de la población e incremento de la dependencia.

Dependencia y apoyo familiar en Europa

El proceso de envejecimiento general de la población ha incrementado de forma progresiva el número de personas en situación de dependencia. En la actualidad, en Europa, las personas con discapacidad representan más del 15% del total de la población¹.

El indicador de esperanza de vida con buena salud (EVS), también denominado de esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), mide el número de años que se espera que una persona viva sin discapacidad. Este indicador es una medida óptima del estado de salud funcional, que cada vez más se utiliza para complementar las medidas de esperanza de vida convencionales. Las enfermedades crónicas, la fragilidad y la discapacidad tienden a volverse más predominantes en la vejez, por lo que una población con una mayor esperanza de vida no tiene por qué ser más sana. De hecho, uno de los grandes interrogantes que plantea el proceso de envejecimiento de la población es si el aumento de la esperanza de vida implicará que un porcentaje mayor o menor de población conviva durante más años con discapacidad. Si la EVS se incrementa más rápidamente que la esperanza de vida en una población, la población no solo vive más tiempo, sino que también vive una mayor parte de su vida sin discapacidad.

Las estimaciones realizadas por Eurostat para el año 2008 muestran significativas diferencias entre países en lo que se refiere a la EVLD. Según estas estimaciones, los varones de la Unión Europea-27 vivirían el 80,9% de su vida sin discapacidad. Los hombres de Malta (89,1%), Bulgaria (88,7%), Suecia (87,4%) y Rumania (86,1%) serían los que tienen más perspectivas –según estas estimaciones– de pasar una mayor parte de su vida sin discapacidades. Por su parte, las mujeres vivirían el 75,8% de su vida sin discapacidad. En Malta

¹ Aunque en ocasiones dependencia y discapacidad se utilicen indistintamente, son conceptos diferentes. La discapacidad es la dificultad para realizar actividades y tareas de la vida cotidiana (Imsero, 2005). El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, es decir, la dependencia es una consecuencia social de la discapacidad (Abellán García y Esparza Catalán, 2006).

(87,3%), Bulgaria (85,1%), Suecia (82,5%), Rumania (81,1%) y el Reino Unido (80,7%), la EVS de las mujeres supera el 80%. En España, el porcentaje de EVLD es del 81,7% en el caso de los varones y del 75% en el de las mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer, esperanza de vida en buena salud y porcentaje de esperanza de vida sin discapacidad en Europa. Varones y mujeres, 2008*						
Países	Esperanza de vida al nacer (años)	Esperanza de vida en buena salud (años)	Porcentaje de esperanza de vida sin discapacidad	Esperanza de vida al nacer (años)	Esperanza de vida en buena salud (años)	Porcentaje de esperanza de vida sin discapacidad
UE-27	76,1	61,5	80,9%	82,2	62,3	75,8%
Alemania	77,6	55,8	71,9%	82,7	57,4	69,4%
Austria	77,8	58,0	74,6%	83,3	59,5	71,4%
Bélgica	77,1	63,3	82,1%	82,6	63,7	77,1%
Bulgaria	69,8	61,9	88,7%	77,0	65,5	85,1%
Chipre	78,5	64,5	82,1%	83,1	65,1	78,3%
Dinamarca	76,5	62,3	81,4%	81,0	60,7	74,9%
Eslovaquia	70,8	51,8	73,2%	79,0	52,3	66,2%
Eslovenia	77,7	65,4	84,2%	82,3	65,8	79,9%
España	78,0	63,7	81,7%	84,3	63,2	75,0%
Estonia	68,7	52,7	76,8%	79,5	57,2	72,0%
Finlandia	76,5	58,6	76,5%	83,3	59,4	71,3%
Francia	77,8	62,4	80,2%	84,9	64,2	75,6%
Grecia	77,7	65,4	84,2%	82,3	65,8	79,9%
Holanda	78,4	62,4	79,6%	82,5	59,8	72,4%
Hungría	70,0	54,6	78,1%	78,3	58,0	74,0%
Irlanda	77,5	63,2	81,5%	82,3	65,0	78,9%
Italia	78,7	62,8	79,8%	84,2	61,9	73,5%
Letonia	67,0	51,5	76,8%	77,8	54,1	69,6%
Lituania	66,3	54,6	82,4%	77,6	59,3	76,5%
Luxemburgo	78,1	64,8	83,0%	83,1	64,2	77,3%
Malta	77,1	68,7	89,1%	82,3	71,9	87,3%
Polonia	71,3	58,4	81,9%	80,0	62,6	78,3%
Portugal	76,2	59,0	77,4%	82,4	57,2	69,4%
Reino Unido	77,7	64,9	83,5%	81,9	66,1	80,7%
República Checa	74,1	61,2	82,5%	80,5	63,3	78,7%
Rumania	69,7	60,0	86,1%	77,2	62,6	81,1%
Suecia	79,2	69,2	87,4%	83,3	68,7	82,5%

* Los datos de Bélgica, Italia y Reino Unido son del año 2007

Fuente: Eurostat, Online. Elaboración propia

En la mayor parte de los países ha aumentado el número de años vividos en buena salud. Sin embargo, entre las mujeres de Holanda, Finlandia y Grecia, y en menor medida entre las de Portugal y el Reino Unido, se observó una tendencia descendente para el período 1995-2003. Las mujeres holandesas fueron las que más años de EVS perdieron en este período de tiempo (3,3 años) (Comisión Europea, 2007).

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los factores sociales tienen un papel relevante en la distribución de la salud, las enfermedades y el bienestar de la población. De este modo, la posición socioeconómica, la cultura social, el grado de cohesión de una sociedad y las condiciones sociolaborales, entre otros, se convierten en factores determinantes del estado de salud, la discapacidad e incluso del desarrollo de ciertas enfermedades (House *et al.*, 1988; Seeman *et al.*, 1996; Kawachi, 1997; Berkman y Glass, 2000).

A partir de mediados de la década de los ochenta del siglo pasado, el concepto de capital social se incorpora a la investigación social internacional. El capital social se define como un conjunto de recursos disponibles para el individuo derivados de su participación en las redes sociales. La demografía, la ciencia política y la economía, fundamentalmente, se han servido de este nuevo concepto para dar explicación a fenómenos muy diferentes, como las migraciones, la creación del capital humano o la reducción de la delincuencia, entre otros. Desde el enfoque de la salud pública y la epidemiología social, el capital social se ha convertido en un concepto fundamental para explicar la vinculación entre las redes sociales y de apoyo con diferentes aspectos del proceso salud-enfermedad.

Desde hace unos años, un número creciente de investigaciones se ha centrado en el efecto que las relaciones sociales tienen sobre la salud, la morbilidad y la discapacidad de la población mayor (Sugisawa *et al.*, 1994; Fuhrer *et al.*, 1999; Seeman *et al.*, 1996; Kim y Kawachi, 2005).

La familia constituye uno de los pilares fundamentales de la sociedad. A nivel individual, los vínculos familiares aportan significativos beneficios en el bienestar y la calidad de vida, ya que proveen a los distintos miembros de la familia de ciertos recursos económicos, emocionales y prácticos. Los cambios que desde las últimas décadas se han producido en las formas de organización de la familia, fundamentalmente en los países desarrollados, han incrementado también el valor de las redes y los contactos fuera del hogar (Murphy, 2008). A nivel macro, la familia desempeña un papel fundamental en la configuración del bienestar, ya que, tradicionalmente, el cuidado de la salud se ha realizado en el ámbito familiar. Aunque con significativas diferencias internacionales, la familia ha atenuado las carencias de los sistemas de bienestar (Moreno, 2002; Durán, 2004).

Desde la demografía se ha documentado la asociación existente entre los vínculos familiares y personales y la mortalidad, la morbilidad, la discapacidad y las enfermedades crónicas. En este sentido, las relaciones familiares y los contactos sociales han demostrado tener un efecto beneficioso en el logro de un envejecimiento saludable (Astone *et al.*, 1999).

La mayoría de estas investigaciones se ha realizado en el ámbito anglosajón (Pollack y Knesebeck, 2004; Veenstra *et al.*, 2005; Ziersch, 2005; Kim y Kawachi, 2006; Siahpush *et*

al., 2006), siendo muy escasos los estudios que examinan la articulación entre los vínculos personales y la salud en el contexto mediterráneo (Zunzunegui *et al.*, 2001; Rodríguez Laso *et al.*, 2004; Otero *et al.*, 2006). En los países del área mediterránea, la red informal de apoyo y la ayuda familiar cobran especial importancia en la configuración del bienestar, debido a la escasez de políticas públicas (Béland y Zunzunegui, 1996). La principal aportación de esta investigación es que aborda el efecto protector de las relaciones sociales en el logro de un envejecimiento saludable, a partir de un análisis comparativo de trece países europeos.

Fuentes de datos y metodología

La Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, SHARE) es una base de datos micro sobre la salud, el estado socioeconómico y las relaciones sociales y familiares de la población europea de 50 años y más².

Los datos que se van a utilizar en esta investigación son los de la ola 2006/2007. La encuesta SHARE 2006/2007 es representativa para trece países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Polonia, República Checa, Suecia y Suiza), y recoge información de 33.281 personas seleccionadas de forma aleatoria y que no están institucionalizadas³.

La muestra utilizada en esta investigación está integrada por 31.760 personas de 50 y más años de los trece países que integran la base de datos SHARE. Del total de población, un 54,5% son mujeres y un 45,6% tiene más de 65 años. La muestra de España está formada por 2.141 personas, de las cuales un 53,9% son mujeres y un 53,5% tiene 65 o más años.

A partir de la información disponible en la encuesta SHARE, y usando técnicas de regresión logística, se ha evaluado la asociación entre la prevalencia de discapacidad y los vínculos familiares y personales de la población europea de 50 y más años.

2 Este trabajo utiliza datos de la segunda ola de SHARE (29 de julio de 2010). La recopilación de datos de SHARE ha sido financiada fundamentalmente por la Comisión de las Comunidades Europeas a través del V Programa Marco (proyecto QLK6-CT-2001-00360 del programa temático "Calidad de Vida"), el VI Programa Marco (proyectos SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, y COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, y SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) y el VII Programa Marco (SHARE-PREP, 211909 y SHARE-LEAP, 227822). La financiación adicional procedió del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de los Estados Unidos (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 y OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169), así como de varias fuentes nacionales (véase www.share-project.org/t3/share/index.php para obtener una lista completa de las instituciones de financiación).

3 Las parejas de los seleccionados fueron entrevistadas también incluso si tenían menos de 50 años. En esta investigación, la muestra solo incluye a las personas de 50 y más años.

En el análisis de regresión logística, la variable dependiente únicamente puede tomar dos valores: 1 y 0, donde 1 es la presencia de un determinado resultado, característica o evento, con una probabilidad P , y 0 es la ausencia de ese resultado con probabilidad $1 - P$. Según este modelo, puede conocerse la probabilidad de la ocurrencia de un determinado resultado en un individuo, en función de su perfil de variables predictivas X_i , con unos determinados valores para esas variables.

El modelo se puede representar como: $Ln = \left(\frac{p}{1-p} \right) = \alpha + \beta x$

El modelo determina qué categorías pueden considerarse explicativas de la mayor prevalencia de un determinado resultado, cuando la *odds ratio* es mayor que 1, y qué categorías se asocian negativamente al evento, determinando menor prevalencia, cuando la *odds ratio* es menor que 1⁴. En las tablas se señala la significación estadística de cada coeficiente para varios niveles de confianza (0,10, 0,05, 0,01 y 0,001).

La variable dependiente utilizada en el análisis hace referencia a la presencia (1) o ausencia (0) de limitaciones para realizar actividades habituales debido a problemas de salud que se producen desde hace seis meses o más. La variable original tenía tres categorías: con limitaciones graves, con limitaciones y sin limitaciones. La nueva variable tiene dos categorías: sin limitaciones y con limitaciones (con limitaciones y con limitaciones graves). El motivo para crear una variable dicotómica es el limitado número de casos con limitaciones graves en la muestra de estudio al examinar países, género y grupos de edad.

Las variables independientes o explicativas utilizadas son de dos tipos: variables sociodemográficas y variables de relaciones familiares y sociales. Las variables sociodemográficas que se han controlado son: el sexo (varón y mujer), la edad en grupos (50-54 años, 55-59 años, 60-64 años, 65-69 años, 70-74 años, 75-79 años, 80-84 años, y 85 y más años), el nivel educativo alcanzado (estudios primarios o menos, estudios secundarios y estudios universitarios), la convivencia en pareja (convive y no convive) y el tamaño del hogar (uno, dos y tres personas o más).

En lo que se refiere a las variables dependientes relacionadas con los vínculos familiares y personales, a partir de las variables originales recogidas en la encuesta se han calculado nuevas variables que resultan más operativas para los análisis. Se detallan a continuación:

- a) Contacto con los hijos. La variable original preguntaba acerca de la frecuencia de contacto con los hijos que no viven en el mismo domicilio, ya sea en persona, por teléfono o por correo, durante los últimos doce meses. La variable creada mide al contacto máximo que se tiene con el hijo con el que se tiene un contacto más frecuente. Las categorías son: diario, semanal, menos frecuente y sin hijos.
- b) Cuidado de los nietos. La variable original preguntaba acerca de la frecuencia del cuidado de los nietos durante los últimos doce meses. La nueva variable hace refe-

4 La *odds ratio* (o razones de ventajas) expresa el aumento de probabilidad de ocurrencia de un determinado resultado por cada unidad de cambio en la medida de la variable independiente.

- rencia a la frecuencia máxima de cuidado del nieto al que se cuida con mayor asiduidad. Las categorías son: diario, semanal, menos frecuente, no cuidan y sin nietos.
- c) Ayuda no económica prestada. Las variables originales preguntaban acerca de la frecuencia de la ayuda en el cuidado personal, en las tareas domésticas y en las tareas de tipo administrativo que se prestaba. Las tres variables se han agrupado en una sola variable que mide la frecuencia máxima de la ayuda no económica prestada. La nueva variable tiene cinco categorías: diaria, semanal, mensual, menos frecuente y no ayudan.
- d) Ayuda no económica recibida. Las variables originales examinaban la frecuencia de la ayuda en el cuidado personal, en las tareas domésticas y en las tareas de tipo administrativo que se recibía. Las tres variables se han agrupado en una sola variable que mide la frecuencia máxima de la ayuda no económica recibida. La variable creada tiene cinco categorías: diaria, semanal, mensual, menos frecuente y no reciben.
- e) Ayuda económica recibida. La pregunta evalúa la ayuda económica recibida durante los últimos doce meses por un importe igual o superior a 250 euros. Las categorías son: recibe ayuda y no recibe ayuda.
- f) Actividades de voluntariado. Las variables originales preguntaban acerca de la frecuencia con que durante el último mes se habían realizado: voluntariado u obras de beneficencia, cuidado de adultos enfermos o discapacitados y prestación de ayuda a familiares, amigos o vecinos. Las tres variables se han agrupado en una sola variable que mide la frecuencia máxima de la práctica de actividades relacionadas con el voluntariado. La nueva variable tiene cuatro categorías: diaria, semanal, menos frecuente y no practican.
- g) Actividades de tiempo libre. En la encuesta, las variables originales preguntaban acerca de la frecuencia con que durante el último mes se había asistido a cursos de formación o educacionales, clubes deportivos, sociales o de otro tipo, y participado en actividades de un partido político o de una organización relacionada con la comunidad. Las tres variables se han agrupado en una sola variable que mide la frecuencia máxima de la práctica de actividades relacionadas con el tiempo libre. La nueva variable tiene cuatro categorías: diaria, semanal, menos frecuente y no practican.

La Tabla 2 resume el perfil sociodemográfico, de redes sociales y discapacidad del total de la muestra de estudio ($n = 31.760$). En general, los mayores de 50 años viven en pareja: tres de cada cuatro personas conviven con su pareja y un 56,7% vive en hogares formados por dos personas. En lo que se refiere a los contactos con los hijos, un 56,5% mantiene contactos diarios o semanales con alguno de sus hijos. El 15,6% de la población cuida de los nietos todos los días o varias veces a la semana. Las personas mayores de 50 años también son receptores de ayuda de las personas de su entorno familiar, vecinos y círculo de amistades. El 16,3% de la población recibe algún tipo de ayuda en el cuidado personal, las

tareas domésticas y/o de tipo administrativo, y un 4,8% recibe transferencias económicas de las personas de su entorno. En lo relativo a las actividades sociales, el 18,9% de la población practica a diario o semanalmente actividades relacionadas con el voluntariado, y el 18,3% practica actividades de tiempo libre.

El 44,1% de la población de la muestra afirma tener limitaciones para realizar actividades habituales debido a problemas de salud que se producen desde hace seis meses o más.

Tabla 2. Perfil sociodemográfico, redes sociales y discapacidad de la población de 50 y más años en 13 países europeos (continúa)					
	Total	Régimen de bienestar socialdemócrata	Régimen de bienestar conservador	Régimen de bienestar mediterráneo	Países del Este
Discapacidad					
Sí	44,1	38,5	44,6	37,8	60,1
No	55,9	61,5	55,4	62,2	39,9
Sexo					
Varón	45,5	46,3	45,4	46,0	43,6
Mujer	54,5	53,7	54,6	54,0	56,4
Edad					
50-54	17,7	17,3	17,6	16,4	20,4
55-59	19,6	18,1	20,4	18,5	21,7
60-64	17,1	19,6	16,5	16,0	16,9
65-69	14,9	14,3	15,4	15,8	13,3
70-74	12,3	11,5	11,8	14,3	11,5
75-79	9,4	8,8	9,5	9,9	8,8
80-84	5,8	6,2	6,0	5,5	5,3
85 y más	3,2	4,1	2,9	3,5	2,2
Nivel de estudios					
Primarios o menos	12,3	7,1	4,3	16,1	32,0
Secundarios	23,4	22,7	14,9	13,7	59,7
Superiores	6,8	11,2	6,2	3,3	8,3
No contesta	57,5	59,0	74,6	66,9	0,0
Tamaño del hogar					
Uno	20,2	24,3	21,9	15,4	18,3
Dos	56,7	64,3	62,8	45,9	49,5
Tres y más	23,1	11,4	15,3	38,7	32,2
Convivencia en pareja					
Sí	74,8	74,0	74,6	77,5	72,1
No	25,2	26,0	25,4	22,5	27,9
Contacto con los hijos					
Diario	29,0	20,3	24,3	42,3	30,2
Semanal	27,5	38,2	30,9	13,9	26,7
Menos frecuente	4,9	4,5	5,6	1,8	8,8
Sin hijos	8,1	8,1	8,8	8,9	5,4
No contesta	30,6	28,9	30,5	33,0	28,8
Cuidado de los nietos					
Diario	6,0	1,3	3,8	10,1	10,7
Semanal	9,6	9,7	12,0	6,5	9,1
Menos frecuente	13,4	22,5	13,9	5,8	12,1

Tabla 2. Perfil sociodemográfico, redes sociales y discapacidad de la población de 50 y más años en 13 países europeos

	Total	Régimen de bienestar socialdemócrata	Régimen de bienestar conservador	Régimen de bienestar mediterráneo	Países del Este
No cuida	31,4	28,4	28,4	30,1	44,5
Sin nietos	24,0	22,7	23,1	31,2	16,0
No contesta	15,7	15,5	18,7	16,4	7,6
Ayuda prestada					
Casi diariamente	5,6	3,7	6,2	6,2	5,7
Casi todas las semanas	9,6	12,4	12,0	5,4	6,7
Casi todos los meses	6,6	10,9	7,1	3,0	5,7
Con menos frecuencia	8,7	13,2	9,8	4,5	6,8
No ayuda	69,0	59,2	64,5	80,5	74,6
No contesta	0,5	0,6	0,5	0,3	0,5
Ayuda recibida					
Casi diariamente	3,0	1,3	2,5	3,8	4,9
Casi todas las semanas	4,6	3,8	4,9	3,5	6,2
Casi todos los meses	3,1	3,9	2,8	1,9	4,6
Con menos frecuencia	5,7	8,2	6,2	2,8	5,9
No recibe	53,3	54,1	53,2	55,2	49,5
No contesta	30,4	28,6	30,3	32,8	28,9
Ayuda económica recibida					
Sí	4,8	5,6	3,4	5,0	6,4
No	64,5	65,6	65,9	61,9	64,1
No contesta	30,7	28,8	30,7	33,1	29,4
Frecuencia de las actividades de voluntariado					
Casi diariamente	6,4	8,1	8,0	4,1	3,8
Cada semana	12,5	21,7	16,4	4,1	4,4
Con menos frecuencia	9,5	15,7	11,4	3,9	5,9
No practica	69,6	51,7	62,0	86,5	84,2
No contesta	2,0	2,8	2,1	1,3	1,7
Frecuencia de las actividades de tiempo libre					
Casi diariamente	3,5	7,1	3,2	2,8	0,8
Cada semana	14,8	25,1	20,1	4,5	5,1
Con menos frecuencia	6,9	10,1	8,1	3,5	5,5
No practica	72,7	54,8	66,4	87,9	87,0
No contesta	2,0	2,8	2,2	1,3	1,7
Países					
Alemania	7,8		20,5		
Austria	4,1		10,8		
Holanda	8,0		21,0		
Francia	8,7		22,8		
Bélgica	9,5		24,9		
Dinamarca	7,8	37,6			
Suecia	8,5	41,1			
Suiza	4,4	21,3			
España	6,7			26,8	
Italia	9,0			35,7	
Grecia	9,5			37,5	
Polonia	7,5				46,8
República Checa	8,5				53,2
n	31.760	6.546	12.149	8.002	5.063

Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

3.1 Clasificación de países

En la década de los noventa del siglo pasado, Esping-Andersen (1990) propuso un influyente enfoque de los regímenes de bienestar. Para él, los regímenes de bienestar se clasificarían en tres tipos: liberal, socialdemócrata y conservador. Estos regímenes se distinguen entre sí de acuerdo con la distribución de las responsabilidades sociales entre el Estado, el mercado y la familia, y, como elemento residual, las instituciones sin fines de lucro del tercer sector.

De acuerdo con Esping-Andersen (1990), el régimen de bienestar liberal se caracteriza por el rol central del mercado y el rol marginal de la familia y el Estado. El régimen de bienestar socialdemócrata se define por el papel central del Estado y las posiciones marginales de la familia y del mercado en la provisión social. Por último, el régimen de bienestar conservador se caracteriza por el rol central de la familia, el carácter marginal del mercado y la acción subsidiaria del Estado en la provisión social.

A finales de la década de los noventa, el autor danés reconoció la existencia de otros modelos de Estado de bienestar (Esping-Andersen, 1999). En este sentido, se ha teorizado un modelo distintivo de la Europa del Sur, que incluye a España, Italia, Grecia y Portugal (Lessenich, 1996). Los países del Sur de Europa reflejan un nivel de valores medios respecto al grado de desmercantilización, a las relaciones entre los géneros, y al acceso universal a servicios y prestaciones de bienestar (Moreno, 2001). Los rasgos característicos del régimen de bienestar mediterráneo son: alto valor simbólico y de autoridad de la familia, la cual es proveedora de satisfacción vital y bienestar; importancia de la tradición católica y ortodoxa en Grecia en la orientación de las prácticas familiares y sociales; universalismo y selectividad de las políticas del bienestar; y fragmentación institucional y presencia de mecanismos políticos discrecionales de distribución de los beneficios sociales (Flaquer, 2000).

A partir de esta clasificación de los regímenes de bienestar, los países de la muestra se han dividido en tres categorías⁵:

- a) Países con un régimen de bienestar socialdemócrata o escandinavo: Dinamarca, Suecia y Suiza ($n = 6.546$).
- b) Países con un régimen de bienestar conservador o continentales: Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Holanda ($n = 12.149$).
- c) Países con un régimen de bienestar mediterráneo: España, Italia y Grecia ($n = 8.002$).

En la segunda ola de la encuesta SHARE (2006/2007) también participaron Polonia y la República Checa. Aunque en la clasificación de regímenes de bienestar propuesta por

⁵ No se incluye el modelo liberal o anglosajón, debido a que en la muestra de estudio no hay ningún país que se corresponda con las características de este régimen de bienestar.

Esping-Andersen (1990 y 1999) no se hace referencia a un modelo característico de los países de la Europa del Este, en esta investigación sí se han incluido. La inclusión de estos dos países aporta una perspectiva más global a esta investigación:

d) Países de la Europa del Este: Polonia y República Checa ($n = 5.063$).

Las tipologías de regímenes de bienestar acentúan distintos aspectos del Estado de bienestar, como el nivel de gasto o las diferentes tradiciones políticas. Y, al mismo tiempo, subrayan las diferencias existentes en las formas de apoyo y solidaridad entre los distintos países europeos. A partir de este planteamiento y usando técnicas multivariadas, se dilucidará si existen diferencias internacionales significativas en cómo se vinculan las relaciones familiares y personales con la prevalencia de discapacidad.

Los resultados del análisis descriptivo muestran que la prevalencia de discapacidad es superior en los países del Este de Europa (60,1%), en comparación con los países con un régimen de bienestar conservador (44,6%), socialdemócrata (38,5%) o mediterráneo (37,8%) (Tabla 2).

3.2 Otras fuentes de datos

Se han consultado otras fuentes de datos para recopilar indicadores relacionados con la salud de la población y describir el contexto de los países analizados: bases de datos de la OMS (European Health for All Database, Global InfoBase), Eurostat (Online Database), Naciones Unidas (World Population Prospects), fundamentalmente.

Articulación entre las relaciones familiares y sociales y la discapacidad en Europa

4.1 Perfil de la dependencia en Europa

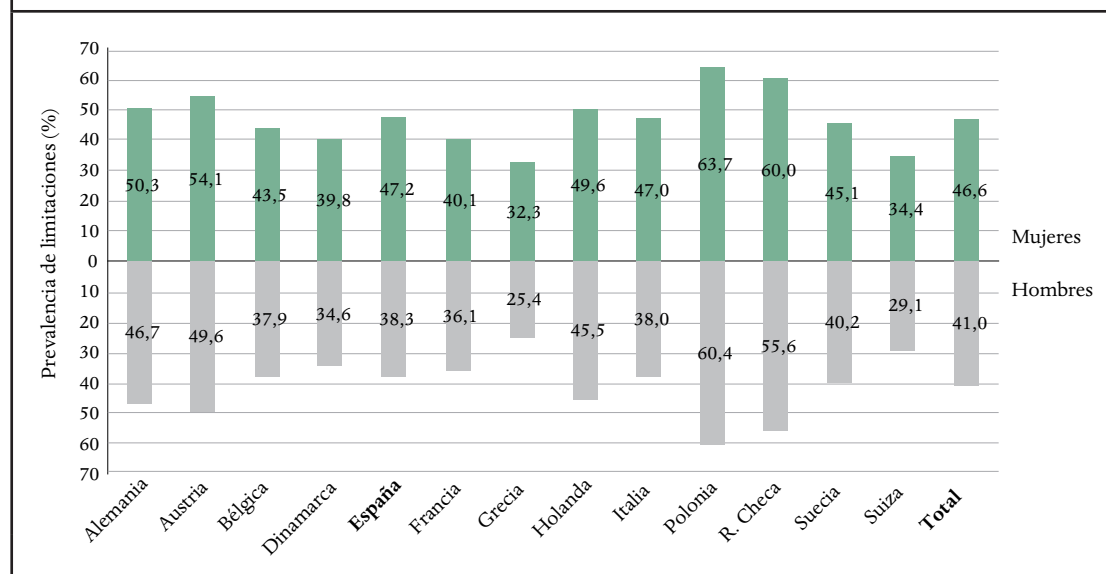
El 44,1% de la población afirma tener alguna limitación para realizar actividades habituales debido a problemas de salud que se producen desde hace seis meses o más.

En general, la prevalencia de la discapacidad es superior en el caso de las mujeres. El 46,6% de las mujeres afirma tener alguna limitación para realizar actividades habituales y el 41% en el caso de los varones. Estas diferencias por género son más evidentes en los países del área mediterránea. En España, Italia y Grecia, las diferencias entre hombres y mujeres superan los 7 puntos porcentuales (Gráfico 2).

Lógicamente, con la edad aumenta la prevalencia de la dependencia. El 39,7% de los europeos de más de 85 años considera que sus problemas de salud han limitado completamente sus actividades habituales, frente al 9,6% de las personas con una edad comprendida entre los 50 y los 54 años. En general, en las edades jóvenes y adultas, las tasas de dependencia son mayores entre los varones que en las mujeres. No obstante, a partir de los 50 años, las tasas femeninas superan a las masculinas, y a partir de los 65 años, la dependencia tiene un claro perfil femenino. Más allá de los factores biológicos específicos, las diferencias en la percepción de la discapacidad parecen estar relacionadas con la tradicional distribución de roles en función del género y las desigualdades en el nivel educativo (Abellán García y Esparza Catalán, 2006) (Tabla 3).

Esta primera aproximación al fenómeno de la dependencia en Europa muestra la significativa prevalencia de discapacidades entre la población mayor. En el Gráfico 3 se presentan diferentes actividades relacionadas con la movilidad, las funciones de los brazos y las funciones motoras, que las personas con problemas físicos o de salud pueden tener dificult-

Gráfico 2. Prevalencia de limitaciones en las actividades por sexo (%). Población de 50 y más años de trece países europeos, 2007



Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

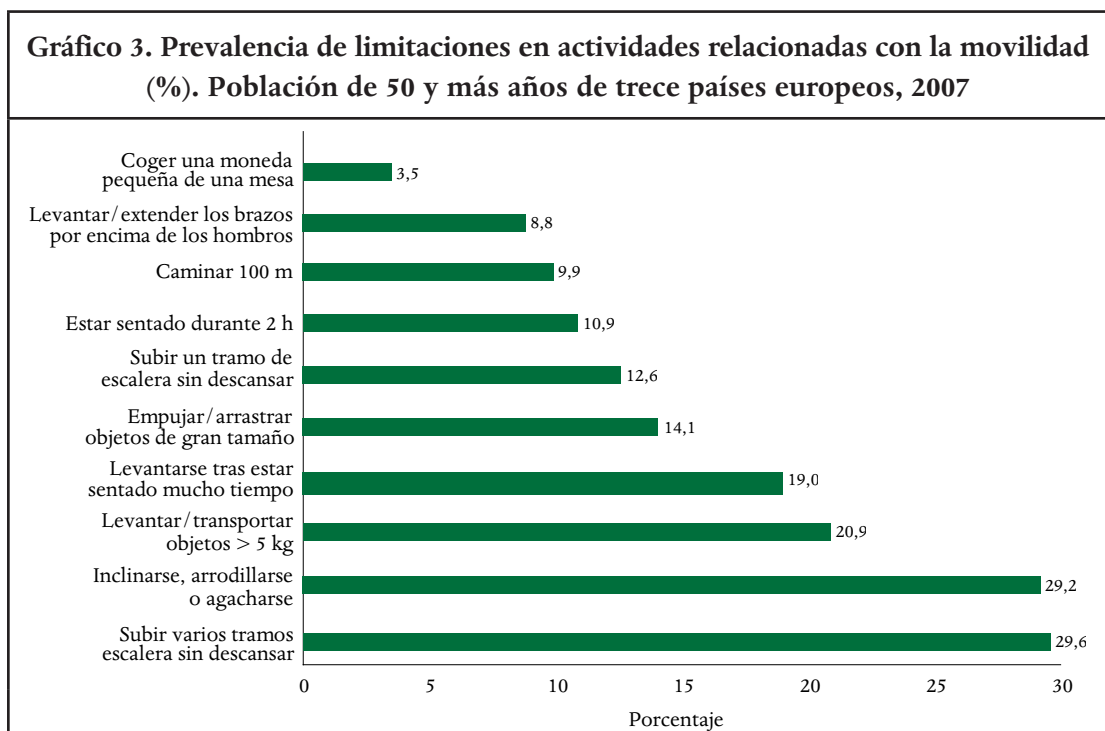
Tabla 3. Prevalencia de limitaciones en la actividad por grado según sexo y grupo de edad. Población de trece países europeos, 2007

Sexo	Grado de limitación	Grupos de edad							
		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Hombres	Completa	9,5	11,5	11,4	11,8	15,8	22,5	28,7	36,2
	Moderada	17,9	22,9	25,2	28,3	32,8	34,5	35,7	34,3
	Sin limitación	72,6	65,7	63,4	59,9	51,5	43,1	35,7	29,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujeres	Completa	9,6	10,8	10,8	13,3	18,2	26,8	31,3	41,7
	Moderada	22,8	26,8	30,0	34,9	35,9	37,2	38,4	37,2
	Sin limitación	67,6	62,4	59,1	51,8	45,9	36,0	30,3	21,0
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

tades para llevar a cabo⁶. La población europea de 50 y más años destaca subir varios tramos de escalera sin descansar (29,6%), dificultades para inclinarse, arrodillarse o agacharse (29,2%), levantar o transportar objetos de más de 5 kilogramos sin descansar (20,9%) y

6 Las actividades relacionadas con la movilidad, las funciones de los brazos y las funciones motoras que se consideran son: caminar 100 metros; estar sentado/a durante aproximadamente dos horas; levantarse de una silla después de haber estado sentado/a durante mucho tiempo; subir varios tramos de escalera sin descansar; subir un tramo de escalera sin descansar; inclinarse, arrodillarse o agacharse; levantar o extender los brazos por encima de los hombros; arrastrar o empujar objetos de gran tamaño, como, por ejemplo, un sillón; levantar o transportar objetos que pesen más de cinco kilos, como, por ejemplo, una bolsa de la compra pesada; y coger una moneda pequeña de una mesa.



Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

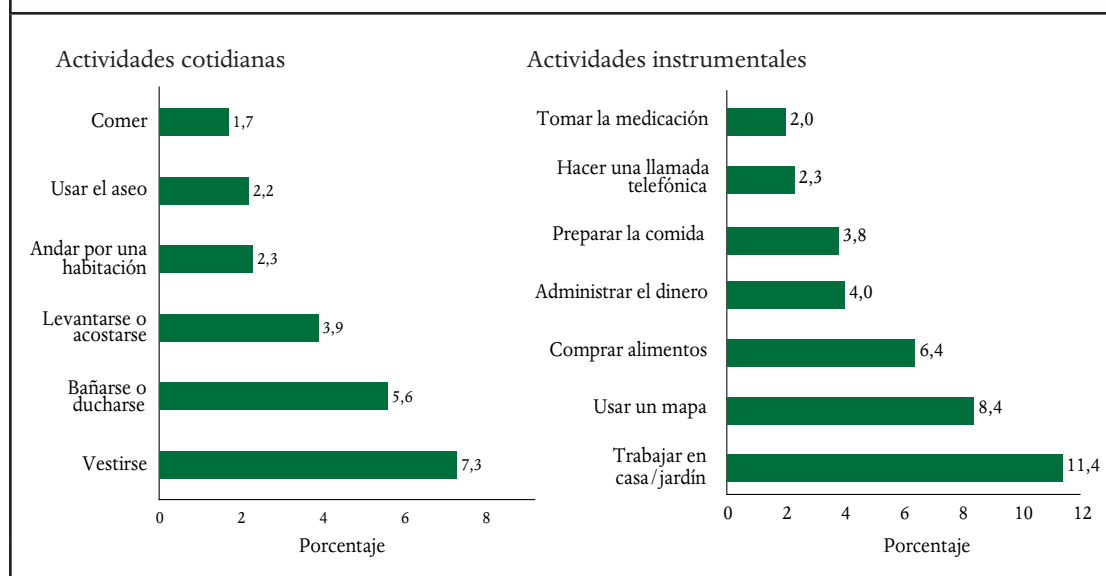
levantarse tras estar mucho tiempo sentado (19%) como las principales actividades en las que se sienten limitados. En el caso de las mujeres, estas limitaciones son mayores. El 63% de las personas que tienen alguna limitación con su movilidad son mujeres.

Pero estas no son las únicas actividades que presentan dificultades para la población de 50 y más años. En el Gráfico 4 se analizan los resultados relativos a las dificultades para desarrollar algunas actividades cotidianas e instrumentales⁷. En este sentido, las principales dificultades se plantean al vestirse (7,3%) y al bañarse o ducharse (5,6%), al realizar trabajos para la casa o el jardín (11,4%) y al usar un mapa (8,4%). Tanto en lo que se refiere a las actividades clasificadas como cotidianas como en las instrumentales, las mujeres afirman tener más limitaciones que los varones. El 65,4% del total de las mujeres y el 34,6% de los varones tienen algún tipo de limitación para llevar a cabo alguna actividad cotidiana o instrumental.

En ocasiones, la discapacidad requiere el uso de ciertos artículos, como bastones, andadores o sillas de ruedas, que suponen un importante elemento de ayuda para las personas con alguna discapacidad. En este sentido, los artículos más utilizados son: el bastón (15%), el andador (5,1%) y el dispositivo de alarma personal (2,4%) (Gráfico 5).

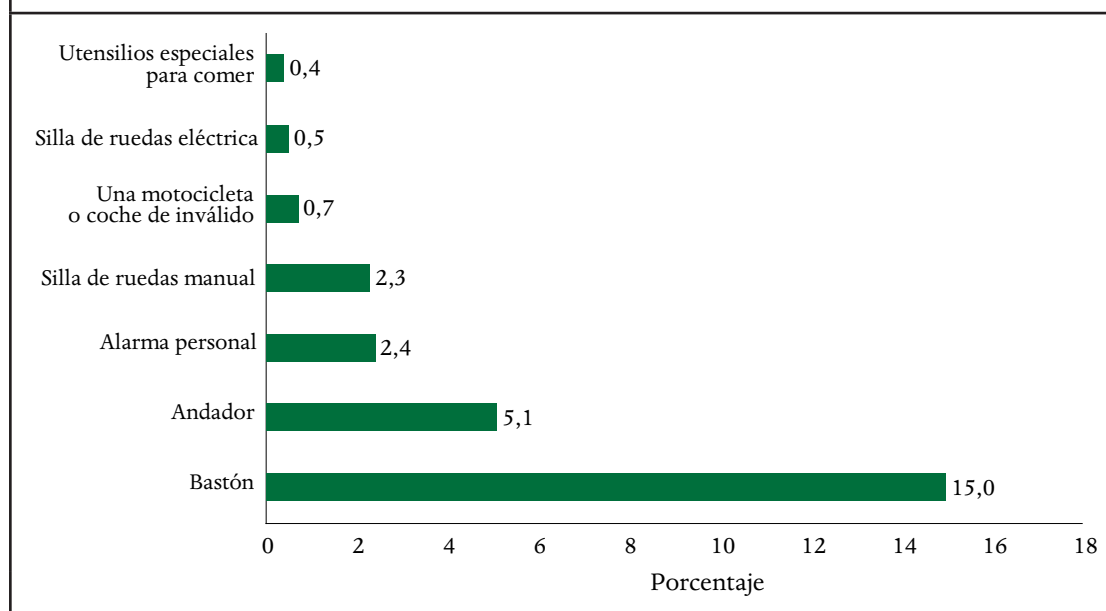
7 Se han considerado actividades cotidianas: vestirse, incluyendo ponerse los calcetines y los zapatos; andar por una habitación; bañarse o ducharse; comer, por ejemplo, trocear los alimentos; levantarse o acostarse; y usar el aseo, incluyendo sentarse y levantarse. Las actividades instrumentales examinadas son: usar un mapa para orientarse en un lugar desconocido; preparar una comida caliente; comprar alimentos; hacer una llamada telefónica; tomar la medicación; trabajar en la casa o en el jardín; administrar el dinero, como, por ejemplo, pagar las facturas y llevar las cuentas.

Gráfico 4. Prevalencia de dificultades para realizar ciertas actividades (%). Población de 50 y más años de trece países europeos, 2007



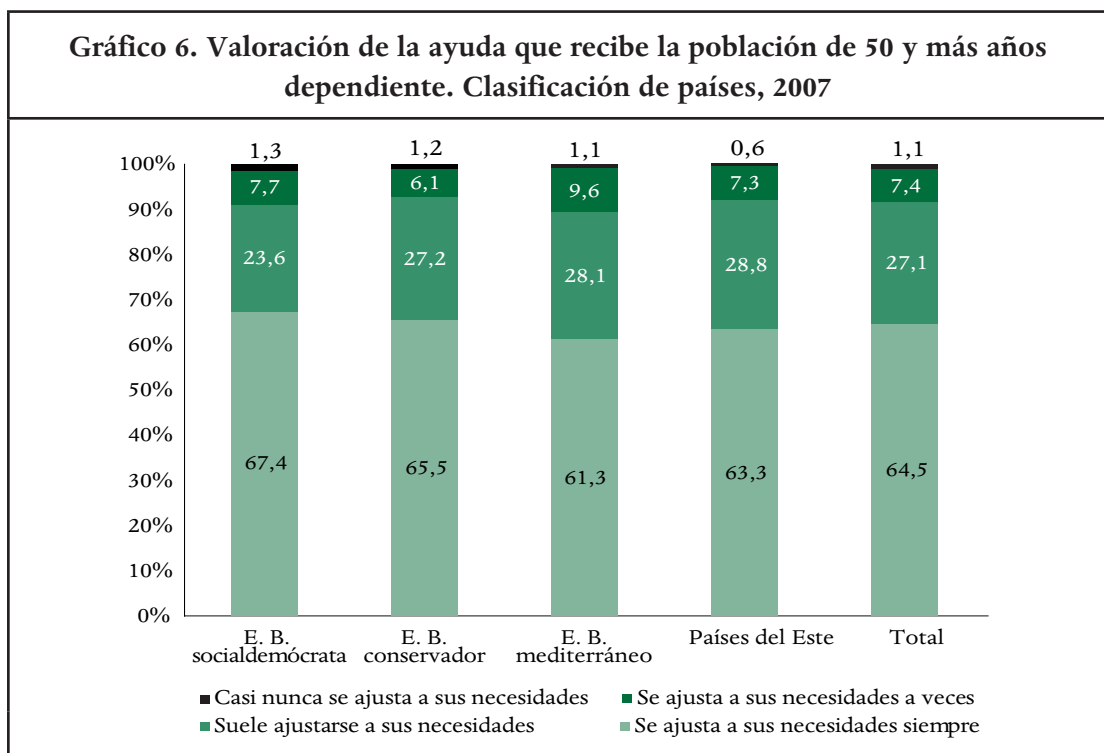
Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

Gráfico 5. Prevalencia del uso de ciertos artículos entre personas con alguna discapacidad o limitación (%). Trece países europeos, 2007



Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

Las discapacidades provocan una dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. La valoración que las personas hacen de la ayuda que reciben es, en general, óptima. El 64,5% considera que dicha ayuda siempre se ajusta a sus necesidades, el 27,1% considera que la ayuda se ajusta normalmente, el 7,4% a veces y el 1,1% casi nunca. En este sentido, españoles, italianos y griegos son los más críticos (Gráfico 6).



Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

Hasta aquí se han descrito las principales características de la dependencia en los trece países europeos que integran la base de datos SHARE. En el siguiente apartado, se exploran los vínculos existentes entre la discapacidad y las relaciones familiares y sociales de la población de 50 y más años.

4.2 Factores que inciden en la discapacidad de la población de 50 y más años en Europa

En esta sección se presentan los resultados de los modelos multivariados, siguiendo las especificaciones presentadas en el apartado tercero. El análisis se ha realizado examinando a la población europea en su conjunto, y también de acuerdo con la clasificación de países según los modelos de regímenes de bienestar propuestos por Esping-Andersen (1990 y 1999) y para los países del Este de Europa.

La Tabla 4 muestra la *odds ratio* de padecer alguna discapacidad para la población de estudio: población total, población de los países con un régimen de bienestar socialdemócrata, población de los países con un régimen de bienestar conservador, población de los países con un régimen de bienestar mediterráneo y población de los países del Este de Europa. En primer lugar, se presentan los resultados para el conjunto de los trece países europeos examinados y, a continuación, se comparan los grupos de países creados.

Los resultados para el total de la población muestran que, en general, las mujeres tienen una mayor probabilidad de padecer alguna discapacidad que los varones (un 15,9%

más). Esto se debe, en gran parte, a la feminización de las cohortes más mayores y a la concentración de discapacidades en los grupos de edad superiores. Esta vinculación entre edad y prevalencia de discapacidad se observa también en los resultados del modelo de regresión. Por ejemplo, las personas de más de 85 años tienen una probabilidad 4,1 veces superior de padecer alguna discapacidad que las que tienen entre 50 y 54 años.

El nivel educativo también está relacionado con la prevalencia de discapacidad. Cuanto mayor es el nivel educativo de la población, menor es su probabilidad de padecer alguna discapacidad. Entre las personas con estudios universitarios, por ejemplo, la probabilidad de padecer alguna discapacidad desciende un 42,3%, en comparación con las que tienen estudios primarios o menos, y un 29,4% menos en el caso de las que tienen estudios secundarios. Esta asociación se debe, en parte, a que el nivel educativo, que es más bajo entre las generaciones más mayores, está directamente relacionado con los cuidados de la salud y los hábitos de vida saludables.

**Tabla 4. Odds ratio de padecer alguna discapacidad.
Población europea mayor de 50 años, 2007 (continúa)**

	Total	Régimen de bienestar socialdemócrata	Régimen de bienestar conservador	Régimen de bienestar mediterráneo	Países del Este
Sexo					
Varón	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Mujer	1,159***	1,138*	1,099*	1,336***	1,044
Edad					
50-54	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
55-59	1,220***	1,280**	1,179*	1,121***	1,371***
60-64	1,358***	1,166	1,302***	1,472***	1,666***
65-69	1,609***	1,164	1,431***	2,165***	2,096***
70-74	2,047***	1,745***	1,732***	2,586***	2,872***
75-79	2,712***	1,925***	2,157***	4,112***	4,149***
80-84	3,241***	1,960***	3,217***	4,448***	4,198***
85 y más	4,118***	2,654***	3,689***	5,568***	6,509***
Nivel de estudios					
Primarios o menos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secundarios	0,706***	0,931	0,676***	0,744**	0,611***
Superiores	0,577***	0,683**	0,594***	0,496***	0,428***
Tamaño del hogar					
Uno	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Dos	1,197***	1,162	1,116	1,369**	1,133
Tres y más	1,170***	1,077	1,055	1,449**	1,170
Convivencia en pareja					
Sí	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
No	1,180**	1,261	1,123	1,301**	0,985

**Tabla 4. Odds ratio de padecer alguna discapacidad.
Población europea mayor de 50 años, 2007 (continúa)**

	Total	Régimen de bienestar socialdemócrata	Régimen de bienestar conservador	Régimen de bienestar mediterráneo	Países del Este
Contacto con los hijos					
Diario	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Semanal	0,936*	0,846*	0,942	0,976	1,061
Menos frecuente	1,199**	1,095	1,115	1,338	1,447**
Sin hijos	1,027	0,865	1,049	1,038	1,032
Cuidado de los nietos					
Diario	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Semanal	0,919	0,709	0,955	0,997	0,859
Menos frecuente	0,989	0,644†	1,035	1,007	1,253†
No cuidan	1,120*	0,803	1,198†	1,090	1,082
Sin nietos	0,859**	0,601*	1,009	0,746**	0,912
Ayuda prestada					
Casi diariamente	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casi todas las semanas	0,938	0,859	0,825*	1,213	1,161
Casi todos los meses	0,906	0,867	0,925	1,046	0,706
Con menos frecuencia	1,005	0,909	0,938	1,125	1,125
No ayuda	1,076	1,174	0,914	1,167	1,363*
Ayuda recibida					
Casi diariamente	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casi todas las semanas	0,664***	0,698	0,745†	0,641*	0,626†
Casi todos los meses	0,548***	0,741	0,577**	0,416***	0,563*
Con menos frecuencia	0,380***	0,408***	0,454***	0,292***	0,379***
No recibe	0,260***	0,284***	0,281***	0,259***	0,243**
Ayuda económica recibida					
Sí	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
No	0,814***	0,920	0,792*	0,736**	0,869
Frecuencia de las actividades de voluntariado					
Casi diariamente	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Cada semana	0,947	1,020	0,929	1,114	0,726
Con menos frecuencia	0,884*	0,887	0,939	0,947	0,577**
No practica	1,036	1,086	1,118	1,058	0,676*
Frecuencia de las actividades de tiempo libre					
Casi diariamente	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Cada semana	1,110	1,200	1,097	0,948	0,854
Con menos frecuencia	1,316***	1,596***	1,209	1,277	0,785
No practica	1,534***	1,806***	1,453***	1,483*	0,946

**Tabla 4. Odds ratio de padecer alguna discapacidad.
Población europea mayor de 50 años, 2007**

Países	Total	Régimen de bienestar socialdemócrata	Régimen de bienestar conservador	Régimen de bienestar mediterráneo	Países del Este
Alemania	Ref.		Ref.		
Austria	1,005		1,046		
Holanda	1,103 [†]		1,099		
Francia	0,603***		0,624***		
Bélgica	0,696***		0,719***		
Dinamarca	0,680***	Ref.			
Suecia	0,770***	1,174*			
Suiza	0,521***	0,723***			
España	0,622***			Ref.	
Italia	0,684***			1,121 [†]	
Grecia	0,346***			0,559***	
Polonia	1,461***				Ref.
República Checa	1,302***				0,915
n	31.760	6.546	12.149	8.002	5.063

[†]p < 0,10; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Fuente: SHARE (2007). Elaboración propia

Los resultados muestran la existencia de fuertes vínculos entre las pautas de convivencia y el estado de salud de la población. En general, las personas que conviven en pareja tienen un mejor estado de salud. En concreto, los resultados indican que las personas que no conviven en pareja tienen una probabilidad un 18% superior de padecer alguna discapacidad. Esto se debe, posiblemente, a que la pareja es el principal apoyo en caso de problemas de salud de tipo crónico o discapacitantes. No obstante, en lo que se refiere a la relación entre tamaño del hogar y estado de salud, los resultados muestran una asociación inversa entre las variables, es decir, las personas de más de 50 años que viven en hogares extensos tienen más probabilidades de padecer alguna discapacidad que aquellas que viven solas. Esto se debe, probablemente, a que la convivencia de las personas mayores con hijos u otros miembros de la familia normalmente se generaliza cuando se agravan los problemas de salud o se reduce la autonomía.

Los resultados también indican que los contactos diarios con los hijos tienen un efecto beneficioso sobre la salud. Por ejemplo, las personas que mantienen un contacto poco frecuente con sus hijos tienen una probabilidad un 19,9% superior de padecer discapacidad, en comparación con aquellos que mantienen contactos a diario. Estos resultados demuestran el papel fundamental que la familia desempeña en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de la población.

Por otro lado, también se ha demostrado que, en general, cuidar de los nietos mejora el estado de salud. En concreto, las personas que no cuidan de sus nietos tienen una probabilidad un 12% mayor de padecer alguna discapacidad que aquellos que los cuidan a diario.

Las personas mayores son importantes receptoras de ayuda y cuidados de las personas de su entorno. Habitualmente, la ayuda recibida se generaliza cuando, por problemas de salud, las personas mayores no pueden desarrollar sus actividades de forma independiente. Los resultados presentados lo evidencian: recibir ayuda en este tipo de tareas está relacionado con más probabilidades de padecer alguna discapacidad. Por ejemplo, las personas que no reciben ningún tipo de ayuda en las tareas domésticas, el cuidado personal y los temas administrativos tienen una probabilidad un 74% inferior de padecer alguna discapacidad o limitación.

Por otro lado, en lo que se refiere a la asociación entre el estado de salud y las transferencias económicas, los resultados indican la existencia de una asociación inversa entre las variables. En general, las personas receptoras de ayuda económica tienen más probabilidades de tener un mal estado de salud. Por ejemplo, las personas que no reciben transferencias económicas tienen una probabilidad un 18,6% menor de padecer alguna discapacidad. Esto se debe al carácter subsidiario que, en general, tiene la ayuda económica a los mayores.

Otro de los factores relacionados con la discapacidad es la práctica de actividades relacionadas con el tiempo libre. En general, las personas que no practican este tipo de actividades tienen una probabilidad un 53,4% mayor de padecer alguna discapacidad que aquellas que las practican a diario.

Finalmente, se ha examinado la vinculación entre el país de origen y la discapacidad. Los resultados señalan que el contexto del país tiene un efecto significativo sobre el estado de salud y la discapacidad de las personas de 50 años y más. En general, en Polonia y la República Checa hay una mayor probabilidad de padecer alguna discapacidad que en el resto de países europeos.

Estas diferencias internacionales pueden estar relacionadas con disparidades sociales, institucionales y culturales. Por ello, a continuación se presentan los resultados del modelo comparativo en el que los países europeos se han agrupado de acuerdo con la clasificación de regímenes de bienestar propuesta por Esping-Andersen (1990 y 1999) y los países del Este de Europa.

A) Influencia del contexto del país y del régimen de bienestar en la discapacidad de la población europea de 50 y más años

En general, en todas las regiones, las mujeres tienen más probabilidades de padecer alguna discapacidad que los varones. Sin embargo, en los países con un régimen de bienestar mediterráneo, esta probabilidad es significativamente superior; en concreto, un 33,6% más que los varones.

La edad también es un factor determinante de las discapacidades. No obstante, en los países del Este de Europa, el efecto de la edad sobre las discapacidades es comparativamente superior. En concreto, en Polonia y la República Checa, la probabilidad de tener alguna discapacidad es 6,5 veces mayor a partir de los 85 años, en comparación con el grupo de edad de 50 a 54 años. En los países del Sur de Europa, la probabilidad de padecer alguna discapacidad es 5,6 veces mayor a partir de los 85 años.

En todos los grupos de países, el nivel educativo influye de forma positiva sobre la salud. Al aumentar el nivel educativo de la población, desciende la probabilidad de padecer alguna discapacidad. En los países mediterráneos y del Este europeo, el efecto de la educación sobre las discapacidades es más visible que en el resto de países. En los países del Sur y Este de Europa, la probabilidad de padecer alguna discapacidad se reduce a más de la mitad en las personas con estudios universitarios, en relación con aquellas que tienen estudios primarios o menos.

Otro de los factores asociados a la discapacidad es el tamaño del hogar, aunque la incidencia es diferente según el país. Los resultados indican que en los países mediterráneos, el efecto del tamaño del hogar sobre las discapacidades es comparativamente superior. Por ejemplo, en España, Italia y Grecia, las personas que viven en hogares formados por tres o más personas tienen un 44,9% más de probabilidades de padecer alguna discapacidad que las que viven solas, y un 36,9% en el caso de las que viven en hogares integrados por dos personas. En el resto de regiones, por el contrario, el tamaño del hogar no está estadísticamente asociado a la discapacidad.

Estas diferencias entre países son también manifiestas en lo que respecta a la vinculación entre convivencia y discapacidades. En los países con un Estado de bienestar mediterráneo, las personas que no conviven en pareja tienen un 30,1% más de probabilidades de padecer alguna discapacidad o limitación. En las otras grandes regiones, convivencia y discapacidad no están estadísticamente asociadas.

El contacto con los hijos también es un factor relacionado con la discapacidad. Los resultados apuntan a que, en general, el contacto frecuente con los hijos está relacionado con un mejor estado de salud. Por ejemplo, en Polonia y la República Checa, las personas que mantienen contactos poco frecuentes con sus hijos tienen una probabilidad un 44,7% superior de padecer discapacidad que aquellos que tienen contactos a diario. Sin embargo, en los países con un Estado de bienestar socialdemócrata, las personas de 50 y más años que mantienen un contacto semanal con sus hijos tienen una probabilidad un 15,4% inferior de padecer alguna discapacidad en relación con los que tienen un contacto diario.

El cuidado de los nietos muestra una cierta asociación con la discapacidad. En general, no cuidar de los nietos o hacerlo con poca frecuencia está asociado con una mayor probabilidad de padecer alguna discapacidad. Por ejemplo, en los países con un modelo de Estado de bienestar conservador, los mayores de 50 años que no cuidan de sus nietos tienen una probabilidad un 19,8% mayor de padecer alguna discapacidad. En los países de la Europa del Este, por su parte, las personas que cuidan a sus nietos con poca frecuencia tienen una

probabilidad un 25,3% mayor de padecer alguna discapacidad. En los países de la Europa septentrional y Suiza, los resultados del modelo de regresión muestran una asociación inversa entre las variables.

Por otro lado, en los países de la Europa del Sur y del Este, los resultados de la regresión logística muestran una asociación inversa entre la ayuda prestada a los demás y la discapacidad, aunque en España, Italia y Grecia la asociación no es estadísticamente significativa. En los países del Este de Europa, la probabilidad de padecer alguna discapacidad aumenta un 36,3% entre las personas que no prestan ayuda a los demás en comparación con las que lo hacen a diario.

En cuanto a la ayuda que la población recibe de las personas de su entorno, en todos los países, independientemente del Estado de bienestar, una escasa frecuencia o no recibir ninguna ayuda está asociado a un buen estado de salud. Sin embargo, en los países del área meridional europea, la asociación entre discapacidad y ayuda recibida es más visible. Por ejemplo, en España, Italia y Grecia, la probabilidad de tener alguna limitación o discapacidad es un 70,8% menor entre aquellos que reciben ayuda con poca frecuencia en relación con los que la reciben a diario. Del mismo modo, en estos países se observa una asociación más visible entre ayuda económica y discapacidad. En los países del Sur de Europa, las personas que no reciben transferencias económicas tienen una probabilidad un 26,4% inferior de padecer discapacidad.

En Polonia y la República Checa, la práctica de actividades voluntarias está inversamente relacionada con la discapacidad. Por ejemplo, en estos dos países, los mayores de 50 años que no realizan este tipo de actividades tienen una probabilidad un 32,4% inferior de padecer alguna discapacidad. En el resto de regiones, por el contrario, no se observa una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Como cabría esperar, en general, la práctica de actividades de tiempo libre está asociada a un buen estado de salud. En los países con un régimen de bienestar socialdemócrata, por ejemplo, las personas que no practican actividades de tiempo libre tienen una probabilidad un 80,6% superior de padecer alguna discapacidad que aquellas que las practican a diario. Sin embargo, en los países del Este de Europa, la asociación entre las variables no es estadísticamente significativa.

4.3 A modo de conclusión

Durante las últimas décadas, han surgido numerosas investigaciones cuyo objetivo fundamental ha sido analizar la relación entre el estado de salud de la población mayor y sus relaciones familiares y sociales. Estas investigaciones han demostrado que las relaciones sociales tienen un efecto beneficioso sobre aspectos relacionados con la salud, la morbilidad y la discapacidad de las personas mayores. Una vida social activa, con unas redes sociales fuertes y una actividad participativa en la comunidad, prevé el mantenimiento de la capacidad funcional y la función cognitiva de las personas mayores.

En este trabajo se ha documentado la vinculación entre las relaciones familiares y sociales de la población europea de 50 y más años y la discapacidad. En general, vivir en pareja, mantener contactos con miembros de la familia, cuidar de los nietos y practicar actividades relacionadas con el tiempo libre están asociados a un mejor estado de salud. Por otro lado, convivir en un hogar extenso, recibir ayuda en el cuidado personal y en tareas domésticas y administrativas, y recibir transferencias económicas se relaciona con un peor estado de salud. No obstante, hay que señalar que, en ocasiones, la vinculación entre las variables de relaciones familiares y sociales y el estado de salud de la población puede estar confundida por efectos de causalidad inversa. Las personas con mayores problemas de salud, probablemente demandan más cuidados y ayuda de su familia, amigos y vecinos. Los resultados mostrarían, por tanto, que una mayor fortaleza de la solidaridad familiar y del apoyo social se correspondería con menores índices de salud. Sin embargo, los resultados son congruentes con los de los estudios precedentes.

Los resultados presentados muestran la existencia de fuertes vínculos entre las pautas de convivencia y el estado de salud de la población. La convivencia y el tamaño del hogar son unos indicadores muy relevantes del apoyo con el que podrán contar las personas mayores en el futuro. En general, las personas que conviven en pareja tienen un mejor estado de salud objetivo. No obstante, en lo que se refiere a la relación entre tamaño del hogar y estado de salud, los resultados muestran una asociación inversa entre las variables, es decir, a mayor tamaño del hogar, aumenta la probabilidad de padecer alguna discapacidad. Esto se debe a que, en general, la convivencia con los hijos se posterga a situaciones por las que, ya sea por enfermedad o discapacidad, los mayores se ven imposibilitados para vivir solos.

Los resultados también indican que mantener contactos frecuentes con miembros de la familia está asociado a un mejor estado de salud. En concreto, mantener contactos diarios con los hijos tiene un efecto protector sobre la discapacidad.

Los factores analizados –frecuencia de los contactos entre miembros de una misma familia y pautas de coresidencia– sientan, en buena medida, las bases que determinan los flujos de apoyo y solidaridad. En la actualidad, la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo de los miembros que la componen. El intercambio instrumental y afectivo que se produce entre familiares reduce los costes de las transacciones y estimula la circulación de servicios e información. El cuidado de los nietos es una de las principales formas de ayuda que prestan los padres a los hijos. En el estudio se ha documentado que, además, tiene un efecto positivo sobre el estado de salud y la discapacidad.

Por otro lado, se ha demostrado que prestar ayuda en el cuidado personal y las tareas domésticas y administrativas a familiares, amigos y vecinos está asociado a un peor estado objetivo de salud.

Las personas mayores también son importantes receptoras de ayuda y cuidados de las personas de su entorno. Habitualmente, la ayuda que se recibe de otros se generaliza cuando, por problemas de salud, las personas mayores no pueden desarrollar sus activida-

des de forma independiente. Los resultados presentados lo evidencian: recibir algún tipo de ayuda, sea económica o instrumental, está asociado con más probabilidades de padecer alguna discapacidad.

La participación en actividades de carácter social se ha utilizado como un indicador útil del capital social, ya que la participación en este tipo de actividades fomenta las relaciones de reciprocidad, y facilita la comunicación y la colaboración entre los individuos (Fundación BBVA, 2006). Al mismo tiempo, tiene un importante efecto sobre diferentes dimensiones del bienestar de las personas, como la satisfacción con la vida o la salud, entre otras (Nebot *et al.*, 2002; Bennett, 2005). Los resultados presentados documentan que la práctica diaria de actividades voluntarias (como el cuidado de adultos enfermos o discapacitados) está asociada a más probabilidades de padecer discapacidad. Estos resultados, aparentemente contradictorios, se deben a la propia naturaleza de la actividad. El cuidado de enfermos, discapacitados o las labores de beneficencia, entre otros, son un ejercicio de solidaridad con muchas gratificaciones, pero también con un significativo desgaste emocional. La práctica de actividades relacionadas con el tiempo libre, por el contrario, tiene un efecto beneficioso sobre la salud y el logro de un envejecimiento activo y saludable. Las personas que participan a diario en cursos de formación, clubes deportivos, actividades de la comunidad, etc., tienen menos probabilidades de padecer discapacidad.

Con el objetivo de evaluar de forma más exhaustiva la vinculación entre el estado de salud y las relaciones familiares y sociales de la población, los países que integran la base de datos SHARE se han agrupado de acuerdo con grupos de países que comparten características culturales e institucionales semejantes, según la clasificación de países de modelos de Estado de bienestar propuesta por Esping-Andersen (1990 y 1999) y los países del Este de Europa.

En los países del área mediterránea, hay una estrecha asociación entre tamaño del hogar y convivencia en pareja y estado de salud. En estos países, la convivencia en pareja y un menor tamaño del hogar tienen una asociación positiva con el estado de salud de la población, es decir, una menor prevalencia de discapacidad. Esto se debe a que en España, Italia y Grecia, el escaso desarrollo de los sistemas de bienestar, junto con el familismo del modelo latino, hacen que la familia sea la principal fuente de apoyo y solidaridad.

Pero no solo las formas de convivencia son un elemento decisivo para determinar los vínculos futuros con los que pueden contar las personas mayores, también los contactos familiares. En general, como ya se ha señalado, los contactos frecuentes con otros miembros de la familia tienen un efecto protector sobre la salud. Sin embargo, se observan algunas desigualdades internacionales. En los países del Este de Europa, los contactos con los hijos están relacionados con una menor prevalencia de discapacidad. Por el contrario, en el resto de grandes regiones, no se observa una asociación significativa entre las variables.

También se ha documentado que, en los países del área continental, mediterránea y este de Europa, el cuidado de los nietos tiene un efecto beneficioso sobre el estado de

salud objetivo. En los países del Este de Europa y aquellos con un régimen de bienestar conservador, el cuidado de los nietos está vinculado con menos probabilidades de padecer alguna discapacidad. Sin embargo, en los países mediterráneos, la asociación entre las variables no es estadísticamente significativa, y en los escandinavos, la asociación es inversa.

En todas las grandes regiones, independientemente del Estado de bienestar, la ayuda no económica se relaciona con un peor estado de salud. Sin embargo, los resultados han demostrado que en los países del Sur de Europa esta asociación es más fuerte. En los países con un modelo de Estado de bienestar mediterráneo, el sistema informal de atención se ha convertido en la alternativa a unos modelos de sistemas de bienestar con escasa cobertura y carácter marcadamente subsidiario.

De igual forma, en España, Italia y Grecia, la vinculación entre transferencias económicas y discapacidad es más visible. En concreto, la probabilidad de padecer alguna discapacidad aumenta en las personas que reciben ayudas económicas. En España, al igual que en Italia y Grecia, la escasa cuantía de las prestaciones por vejez hace que las personas mayores sean uno de los grupos de población con mayor riesgo de exclusión social. En este sentido, la ayuda económica que les prestan, fundamentalmente sus hijos, se convierte en un elemento imprescindible para cubrir necesidades de carácter básico.

Por otro lado, los resultados generales mostraban que la práctica de actividades relacionadas con el voluntariado estaba relacionada con un peor estado de salud. No obstante, los resultados por grandes regiones muestran que solo en los países del Este de Europa la vinculación entre las variables es estadísticamente significativa. En estos países, las personas que desarrollan actividades relacionadas con el voluntariado a diario tienen menos probabilidades de padecer discapacidad.

Finalmente, los resultados han demostrado la existencia de una asociación positiva entre práctica de actividades de tiempo libre y buen estado de salud. En todas las grandes regiones, excepto en Polonia y la República Checa, las actividades de tiempo libre se relacionan con un mejor estado de salud, es decir, con una menor prevalencia de discapacidad.

4.4 Limitaciones del estudio

En el estudio de la vinculación entre las relaciones sociales y el estado de salud de la población, existe el problema de que la asociación puede estar confundida por efectos de causalidad inversa. En general, los datos de corte transversal presentan el inconveniente de que, en ocasiones, es difícil identificar inequívocamente causa y efecto. Es decir, no se puede confirmar si las relaciones sociales tienen un efecto sobre el estado de salud y el bienestar de la población, o si, por el contrario, las personas con mayores problemas de salud tienen una mayor necesidad de cuidados y apoyo de los miembros de su red familiar y entorno más cercano (Rosero-Bixby *et al.*, 2006).

Sin embargo, la calidad de los datos de esta investigación y su comparabilidad internacional permiten realizar significativos avances en el estudio de la salud y las relaciones familiares y personales de la población europea de 50 y más años.

Implicaciones para las políticas públicas

La atención de las necesidades de las personas dependientes se ha convertido en uno de los grandes retos de las políticas sociales. La demanda de cuidados para personas dependientes ha ido incrementándose de forma notable en los últimos años y, previsiblemente, va a seguir haciéndolo durante las próximas décadas. La combinación de mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves, la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico, y el incremento del número de personas mayores aumentarán la demanda de atención a la dependencia. Este crecimiento de la demanda coincide con la crisis de los sistemas de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados, una crisis motivada, fundamentalmente, por los cambios en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es que, en los países con un régimen de bienestar mediterráneo, las relaciones familiares y los contactos sociales tienen una asociación más fuerte con la prevalencia de discapacidad que en las otras grandes regiones europeas.

En los países del Sur de Europa, en donde impera un modelo familiar caracterizado por la fortaleza de los lazos familiares, la solidaridad familiar desempeña un papel fundamental en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores dependientes. En estos países, dependencia y cuidados en el hogar están estrechamente relacionados. Las familias y, dentro de estas, las mujeres, son las que se encargan de la atención de las personas mayores que padecen alguna limitación o discapacidad.

Aunque la solidaridad familiar es un importante elemento que ayuda a mantener la cohesión social, en el actual contexto demográfico de envejecimiento generalizado de la población se ha hecho imprescindible un cambio en la orientación de las políticas públicas. En los países del área meridional europea, las políticas de apoyo público se

organizan de forma que hacen perdurar el patrón de cuidados familiares. En este sentido, las prestaciones sociales son muy limitadas y con un carácter marcadamente subsidiario. Al mismo tiempo, el papel de las mujeres, principales cuidadoras en el entorno familiar, ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Las políticas de igualdad de género y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo tienden a reequilibrar, al menos parcialmente, la tradicional carga del cuidado informal sobre la mujer. El impacto de estos cambios ha cuestionado tanto la naturaleza asistencial de los servicios sociales como la centralidad del papel tradicional de la mujer cuidadora. Como consecuencia, los sistemas de protección social europeos se están viendo conducidos a implantar sistemas de protección social a la dependencia de mayor cobertura que la actual y con nuevas prestaciones sociales de apoyo a la persona dependiente, sobre todo en el nivel de cuidados comunitarios (Imsero, 2004; Tobío *et al.*, 2010).

Al mismo tiempo, es importante valorar las consecuencias del cuidado familiar. La carga que supone el cuidado de una persona mayor discapacitada tiene significativas implicaciones para el desarrollo de la vida normal de los cuidadores no solo en el plano laboral y económico, sino también personal, de salud y de vida familiar (Durán, 2003; Rogero García, 2010).

El modelo asistencial característico de los países del área meridional europea está en retroceso a favor de la universalización del derecho social. En este sentido, en España, en el año 2006, se aprobó la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (39/2006). Esta Ley reconoce el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El objetivo de la Ley de Dependencia es reconocer el derecho de los ciudadanos que no se puedan valer por sí mismos a ser atendidos por el Estado, y garantizar la prestación de servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche, atención residencial y prevención de situaciones de dependencia) y las prestaciones de carácter económico (vinculadas a servicios, para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personalizada). El acceso a las prestaciones, que cubren solo una parte de los costes de larga duración, depende en este modelo de la necesidad sociosanitaria evaluada.

La Ley de Dependencia, aunque todavía no implementada completamente, situaría a España al mismo nivel que otros países europeos. No obstante, estas iniciativas por el momento son insuficientes. El contexto político, económico y cultural de los países del Sur de Europa hace necesario abordar un mayor número de políticas orientadas a garantizar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores dependientes y atenuar la carga de las familias cuidadoras.

Tanto desde las administraciones públicas como desde el ámbito científico y académico, las estrategias deberían orientarse al mantenimiento de la persona mayor en su contexto familiar y comunitario, potenciando el mantenimiento de las relaciones familiares y sociales, más que sustituyéndolas. La prestación de servicios domiciliarios es un mecanismo útil que permite a los mayores continuar en su entorno habitual, recibiendo cuidados básicos de carácter personal, doméstico y/o social (Comisión Europea, 2008). La concilia-

ción de la vida laboral y familiar mediante la reforma del mercado de trabajo y las políticas fiscales favorece la solidaridad y los contactos familiares, sin entrar en contraposición con la extensión de la ayuda formal.

Es posible, por tanto, encontrar un equilibrio entre la solidaridad familiar y la ayuda formal. El desarrollo de un sistema de bienestar que asegure una calidad de vida óptima tanto para los mayores como para sus familias no quiebra los principios de la solidaridad familiar. El apoyo que las personas mayores reciben de su red familiar se fundamenta en raíces históricas y culturales, por lo que es previsible su continuidad. Al mismo tiempo, la extensión de cuidados formales probablemente mejore las relaciones familiares.

Bibliografía

- Abellán García, A., y Esparza Catalán, C. (2006), Las personas mayores con dependencia, en Puyol Antolín, R., y Abellán García, A. (coords.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid, Mondial Assistance, pp. 53-72.
- Astone, N. M., Nathanson, C. A., Schoen, R., y Kim, Y. J. (1999), Family Demography, Social Theory, and Investment in Social Capital. *Population and Development Review*, Vol. 25, No. 1, pp. 1-31.
- Béland, F. y Zunzunegui, M. V. (1996), The elderly in Spain. The dominance of family and the withdrawn of the State, en Litwin, H. (ed.), *The social networks of older people. A Cross-National Analysis*. New York, Praeger Publishers.
- Bennett, K. M. (2005), Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal of Ageing*, Vol. 2.1, pp. 48-55.
- Berkman, L. F., y Glass, T. (2000), Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health, en Berkman, L. F., y Kawachi, I. (eds.), *Social Epidemiology*. New York, Oxford University Press, pp. 174-190.
- Brenner, P. S., y Siegl, E. (2008), Assessing Longitudinal Relationships between Social Factors and Health. *CDE Working Paper*, No. 2008-11.
- Comisión Europea (2006), *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member Status on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Brussels, European Commission.
- Comisión Europea (2007), *Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe - EU Health policy in the context of demographic change*. Luxembourg, European Commission.
- Comisión Europea (2008), *Atención a largo plazo en la Unión Europea*. Luxemburgo, Comunidades Europeas.
- Consejo de Europa (1998), *Recomendación N° R (98)9 del Comité de Ministros de los Estados Miembros relativa a la dependencia*.
- Durán, M. A. (2003), *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid, Fundación BBVA.

- Durán, M. A. (2004), Las demandas sanitarias de las familias. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), pp. 195-200.
- Escobar Bravo, M. A., Puga, D., y Martín, M. (2008), Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, pp. 637-651.
- Esping-Andersen, G. (1990), *Three Worlds of Capitalism of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge.
- Esping-Andersen, G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford, Oxford University Press.
- Eurostat, online database: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- Flaquer, L. (2000), *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*. Madrid, Fundación La Caixa.
- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., y Shipley, M. (1999), Gender, Social Relations and Mental Health: Prospective Findings from an Occupational Cohort (Whitehall II study). *Social Science and Medicine*, 48, pp. 77-87.
- Fundación BBVA (2006), *Capital social: confianza, redes y asociacionismo en 13 países del mundo*. Madrid. Fundación BBVA.
- House, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988), Social Relationships and Health. *Science*, 241 (4865), pp. 540-545.
- Imsero (2004), *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid, Imsero.
- Imsero (2005), *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid, Imsero.
- Kawachi, I. (1997), Long Live Community. Social Capital as Public Health. *The American Prospect*, November 1.
- Kim, D., y Kawachi, I. (2005), A Multilevel Analysis of Key Forms of Community- and Individual-Level Social Capital as Predictors of Self-Rated Health in the United States. *Journal of Urban Health*, 83, 5, pp. 813-826.
- Lessenich, S. (1996), España y los regímenes de Estado de Bienestar. *Revista Internacional de Sociología*, 13, pp. 147-161.
- Moreno, L. (2001), La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers*, 63/64, pp. 67-82.
- Moreno, L. (2002), Bienestar mediterráneo y "supermujeres". *Revista Española de Sociología*, 2, pp. 41-57.
- Murphy, M. (2008), Variations in Kinship Networks across Geographic and Social Space. *Population and Development Review*, 34 (1), pp. 19-49.
- Naciones Unidas (2008), *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database*: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>.
- Nebot, M., La Fuente, J. M., Tomás, Z., Borrell, C., y Ferrando, J. (2002), Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en la población anciana: un estudio longitudinal. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6), pp. 673-682.
- OMS (2006), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Documentos Básicos. Suplemento de la 45.ª edición*.

- OMS (2008), European Health for all Database. <http://data.euro.who.int/hfad/>.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Rodríguez Laso, A., y García de Yébenes y Proas, M. J. (2006), Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Fundación BBVA, Documentos de trabajo 9, Bilbao.
- Pollack, C. E., y Knesebeck, O. (2004), Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health & Place*, 10, pp. 383-391.
- Rodríguez Laso, A., Zunzunegui, M. V., y Otero, A. (2004), CLESA Project n.º QLK6-CT-2000-00664. Deliverable 5: Report on Cross-national Comparison of the Impact of Social Networks on the Health Status of the Elderly (Work Package 4), Vth Framework Programme for Research. Bruselas, Unión Europea.
- Rogero García, J. (2010), Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid, IMSERSO.
- Rosero-Bixby, L., Puga, D., Glaser, K., y Castro, T. (2006), Redes sociales y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Guadalajara (México), 3-5 de septiembre de 2006.
- Seeman, T. E., Bruce, M. L., y McAvay, G. J. (1996), Social Networks Characteristics and Onset of ADL Disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology B Psychological and Social Sciences*, 51, pp. 191-200.
- Siahpush, M., Borland, R., Taylor, J., Singh, G. K., Ansari, Z., y Serraglio, A. (2006), The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Social Science & Medicine*, 63, pp. 2801-2812.
- SHARE (2004), <http://www.share-project.org/index.php?page=Home&menue=1&sub>.
- Stein, C., y Moritz, I. (1999), A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva, World Health Organization.
- Sugisawa, H., Liang, J., y Liu, X. (1994), Social Networks, Social Support and Mortality among Older People in Japan. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 49, pp. 3-13.
- Tobío, C., Agulló Tomás, M. S., Gómez, M. V., y Martín Palomo, M. T. (2010), El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales, n.º 28, Fundación La Caixa.
- Veenstra, G., Luginaah, I., Wakefield, S., Birch, S., Eyles, J., y Elliot, S. (2005), Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health. *Social Science & Medicine*, 60, pp. 2799-2818.
- Ziersch, A. M. (2005), Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Social Science & Medicine*, 61, pp. 2119-21931.
- Zunzunegui, M. V., Béland, F., y Otero, A. (2001), Support form children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30, pp. 1090-1099.

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer, esperanza de vida en buena salud y porcentaje de esperanza de vida sin discapacidad en Europa. Varones y mujeres, 2008	12
Tabla 2. Perfil sociodemográfico, redes sociales y discapacidad de la población de 50 y más años en 13 países europeos	18
Tabla 3. Prevalencia de limitaciones en la actividad por grado según sexo y grupo de edad. Población de trece países europeos, 2007	23
Tabla 4. <i>Odds ratio</i> de padecer alguna discapacidad. Población europea mayor de 50 años, 2007	27

Gráficos

Gráfico 1. Evolución de la población de 65 y más años en el mundo (%), 2000-2050	9
Gráfico 2. Prevalencia de limitaciones en las actividades por sexo (%). Población de 50 y más años de trece países europeos, 2007	23
Gráfico 3. Prevalencia de limitaciones en actividades relacionadas con la movilidad (%). Población de 50 y más años de trece países europeos, 2007	24

Gráfico 4. Prevalencia de dificultades para realizar ciertas actividades (%). Población de 50 y más años de trece países europeos, 2007	25
Gráfico 5. Prevalencia del uso de ciertos artículos entre personas con alguna discapacidad o limitación (%). Trece países europeos, 2007	25
Gráfico 6. Valoración de la ayuda que recibe la población de 50 y más años dependiente. Clasificación de países, 2007	26

Trabajos publicados

- EP 1/1999 Cuadernos con alternativas 1. Varios autores.
- EP 2/1999 Cuadernos con alternativas 2. Varios autores.
- EP 3/1999 Bases para una reforma de la política. Varios autores.
- EP 4/2000 La educación a debate. Victoria Camps.
- EP 5/2000 Un pacto de Estado para la justicia. Varios autores.
- EP 6/2000 Sistema Nacional de Salud. Javier Rey.
- EP 7/2001 La Universidad Europea del Trabajo. Varios autores.
- EP 8/2001 La judicialización en la Unión Europea. Quién gana y quién pierde. Antonio Estella.
- EP 8 bis/2001 La liberalización de los servicios de interés económico general. Un modelo progresista dentro y para Europa. Leonor Moral.
- EP 9/2002 La armonización del impuesto sobre la renta de las personas físicas en el marco del debate federalista. Posibilidades y límites. Violeta Ruiz.
- EP 10/2002 La participación de los españoles en elecciones y protestas. Belén Barreiro.
- EP 11/2002 La Constitución europea y la Carta de Derechos fundamentales. María Luisa Fernández.
- EP 11 bis/2003 El proceso constituyente europeo en sentido estricto. Relanzar la integración desde la ciudadanía. Rosa Velázquez.
- EP 12/2003 Las nuevas formas de participación en los gobiernos locales. Eloísa del Pino y César Colino.
- EP 13/2003 El proceso de globalización. Análisis de las propuestas alternativas al Consenso de Washington. Carlos Garcimarán y Santiago Díaz de Sarralde.
- EP 14/2004 El modelo social en la Constitución europea. José Vida.
- EP 15/2004 Los procesos migratorios. Alternativas al discurso dominante. Arantxa Zaguire.
- EP 16/2005 La enseñanza de la religión católica en España. Margarita Lema.
- EP 17/2005 Ciudadanía y minorías sexuales. La regulación del matrimonio homosexual en España. Kerman Calvo.
- EP 18/2005 La financiación de las confesiones religiosas en España. Alejandro Torres.
- EP 19/2006 Propuestas para la reforma del sistema electoral español. Rubén Ruiz.
- EP 20/2006 Mujer y vivienda. Una aproximación al problema de la vivienda desde una perspectiva de género. Jordi Bosch.
- EP 21/2006 La restricción de derechos fundamentales en el marco de la lucha contra el terrorismo. M.^a Ángeles Catalina Benavente.
- EP 22/2006 Una propuesta para la enseñanza de la ciudad democrática en España. Irene Martín Cortes.
- EP 23/2006 Los símbolos y la memoria del Franquismo. Jesús de Andrés Sanz.
- EP 24/2007 Cambios en las relaciones de trabajo y derecho a la huelga. Xavier Solà Monells y Daniel Martínez Fons.
- EP 25/2007 Modelos familiares y empleo de la mujer en el Estado de bienestar español. Almudena Moreno Mínguez.
- EP 26/2007 La exclusión social: análisis y propuestas para su prevención. Anabel Moraña Díez.
- EP 27/2007 La reforma del Senado. Alberto Penadés e Ignacio Urquizu-Sancho.

- EP 28/2007 Un nuevo enfoque de la solidaridad autónoma a través de los Fondos de Compensación Interterritorial. Roberto Fernández Llera y Francisco J. Delgado Rivero.
- EP 29/2007 Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género. Yolanda García Ruiz.
- EP 30/2008 El desarrollo de políticas públicas locales como garantes de la satisfacción de los ciudadanos. Pablo Gutiérrez Rodríguez y Marta Jorge García-Inés.
- EP 31/2008 El turismo residencial y las políticas públicas europeas. Fernando J. Garrigós Simón y Daniel Palacios Marqués.
- EP 32/2008 La economía social y su participación en el desarrollo rural. Andrés Montero Aparicio.
- EP 33/2008 Prostitución y políticas públicas: entre la reglamentación, la legalización y la abolición. Pedro Brufao Curiel.
- EP 34/2008 La dimensión territorial de la pobreza y la privación en España. Jesús Pérez Mayo.
- EP 35/2008 “Ampliar para ganar”: las consecuencias electorales del crecimiento del Metro en Madrid, 1995-2007. Luis de la Calle Robles y Lluís Orriols i Galve.
- EP 36/2008 Las causas de la participación y sus consecuencias en el voto de centro y de izquierda en España. Sebastián Lavezzolo Pérez y Pedro Riera Segrera.
- EP 37/2008 El medio ambiente urbano en la Unión Europea. Susana Borràs Pentinat.
- EP 38/2008 Control político y participación en democracia: los presupuestos participativos. Ernesto Ganuza Fernández y Braulio Gómez Fortes.
- EP 39/2008 Cataluña después del primer “Tripartit”. Continuidad y cambio en patrones de comportamiento electoral. Laia Balcells Ventura y Elna Roig Madorran.
- EP 40/2009 La reducción de empleo y sus consecuencias en los resultados: un análisis de las empresas españolas. Fernando Muñoz Bullón y María José Sánchez Bueno.
- EP 41/2009 Flexicurity and Gender Equality: advancing flexicity policies in Denmark and Spain. Óscar García Agustín y Lise Rolandsen Agustín.
- EP 42/2009 La cobertura de la situación de dependencia. Djamil Tony Kahale Carrillo.
- EP 43/2009 Políticas públicas y segregación residencial de la población extranjera en la Comunidad de Madrid. Alfonso Echazarra de Gregorio.
- EP 44/2009 Libre circulación de personas y ciudadanía social: ¿cabe imponer barreras al turismo social?. Borja Suárez Corujo y Tomás de la Quadra-Salcedo Janini.
- EP 45/2009 Nuevos desafíos democráticos: hacia una iniciativa legislativa popular efectiva. Carmela Mallaina García.
- EP 46/2009 La deconstrucción del servicio público de televisión: hacia una política de innovación en las nuevas plataformas digitales. Alberto González Pascual.
- EP 47/2010 Desigualdad de rentas y desigualdad de oportunidades en España. Christelle Sapata.
- EP 48/2010 Un análisis del efecto de la Ley de igualdad en la representación electoral, parlamentaria y en el comportamiento electoral de las mujeres en las elecciones generales de 2008. Álvaro Martínez Pérez y Kerman Calvo Borobia.
- EP 49/2010 ¿Querer es poder? Un análisis de la fecundidad de las mujeres españolas e inmigrantes. María José Hierro Hernández y Margarita Torre Fernández.
- EP 50/2010 Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración. Cristina Hernández Quevedo y Dolores Jiménez Rubio.
- EP 51/2010 Las políticas de conciliación en España y sus efectos: un análisis de las desigualdades de género en el trabajo del hogar y el empleo. Pablo Gracia y Daniela Bellani.
- EP 52/2010 ¿Debe el agua de los ríos llegar al mar? Orientaciones para una gestión medioambiental del agua en España. Fernando Magdaleno Mas.

- EP 53/2010 The Internet Sector and Network Neutrality: where does the EU stand? Hairong Mu y Carlo Reggiani.
- EP 54/2010 Políticas migratorias comparadas en el Sur de Europa: lecciones cruzadas entre España y Portugal. Belén Fernández Suárez.
- EP 55/2010 Los biocombustibles en la política energética europea: los retos de la estrategia energética europea para el año 2020. Raquel Montes Torralba.
- EP 56/2010 Blogging político y personalización de la democracia local en España y Portugal. Evidencias presentes y propuestas de futuro. J. Ignacio Criado y Guadalupe Martínez Fuentes.
- EP 57/2010 Democracia participativa, sociedad civil y espacio público en la Unión Europea. Luis Bouza García.
- EP 58/2011 La imposición sobre el patrimonio como instrumento para una distribución equitativa de la riqueza.
- EP 59/2011 Políticas migratorias comparadas en el Sur de Europa: lecciones cruzadas entre España y Portugal. Belén Fernández Suárez.
- EP 60/2011 Los biocombustibles en la política energética europea: los retos de la estrategia energética europea para el año 2020. Raquel Montes Torralba.
- EP 61/2011 Blogging político y personalización de la democracia local en España y Portugal. Evidencias presentes y propuestas de futuro. J. Ignacio Criado y Guadalupe Martínez Fuentes.
- EP 62/2011 Nuevas herramientas. Nuevas ideas. Utilización de campañas de base en España. Elecciones regionales y locales en 2011. Bernardo Navazo López.
- EP 63/2011 Un estudio en torno a la edad de jubilación. Sonia Fernández Sánchez.
- EP 64/2011 El derecho a una vivienda adecuada. Un derecho del siglo XXI. Vanessa Villalibre Fernández.
- EP 65/2011 Las políticas de revitalización urbana en ciudades intermedias de tradición minero-industrial: incidencia de los actores locales. José Prada Trigo.