

# How productive is long-term care?

Luz Maria Peña Longobardo<sup>1</sup> & Bernard van den Berg<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Castilla La Mancha

<sup>2</sup> University of Groningen



# Contenido

---

1.Introducción

2.Objetivo

3.Material y métodos

4.Resultados

5.Discusión



# Introducción

---

- Para el 2050, una tercera parte de la población tendrá más de 65 años.
- El 42% de las personas entre 65 y 74 años tienen problemas para realizar las ABVD.
- La demanda de los servicios de cuidados se incrementará sustancialmente.
- En promedio, en los países de la OCDE, el gasto público en cuidados de larga duración se prevé que aumente de 0,8% a 1,6% del PIB en 2060.



# Introducción

---

- Para conseguir una asignación eficiente de los recursos, se necesita incluir no sólo los costes asociados, sino también los efectos (en salud) que producen el tipo de cuidado.
- La mayor parte de los estudios se han centrado únicamente en evaluar los costes, habiendo una falta de evidencia empírica en lo referente a los beneficios en salud que producen los cuidados en las personas que lo reciben.



# Objetivos

---

Preguntas de investigación planteadas:

- ¿Es productivo (en términos de calidad de vida relacionada con la salud) el cuidado formal e informal en las personas mayores?
- ¿Es más productivo (en términos de calidad de vida) recibir cuidados formales, recibir cuidados informales o recibir ambos?





# Material y métodos

---

## A) Datos

-The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)

- ❖ Encuesta logitudinal (2002-2012)
- ❖ Población mayor de 50 años y más
- ❖ Características socio- demográficas, salud, cuidados, bienestar social

Problema: No contiene información sobre la calidad de vida

-Health Survey of England (HSE), año 2012

- ❖ Encuesta representativa en Gran Bretaña
- ❖ EQ-5D-3L (por género, edad y estado de salud reportada)



# Material y métodos

## B) Métodos

Se aplica un modelo longitudinal de efectos fijos, definido como:

$$H_{it} = \beta_1 IC_{it} + \beta_2 FC_{it} + \beta_3 FCP_{it} + \beta_4 BC_{it} + \beta_5 Z_{it} + \beta_1 * \beta_5 Zic_{it} + \beta_2 * \beta_5 Zfc_{it} + \beta_3 * \beta_5 Zfcp_{it} + \beta_4 * \beta_5 Zbc_{it} + \beta_6 x_{it} + \alpha_i + \epsilon_{it}$$

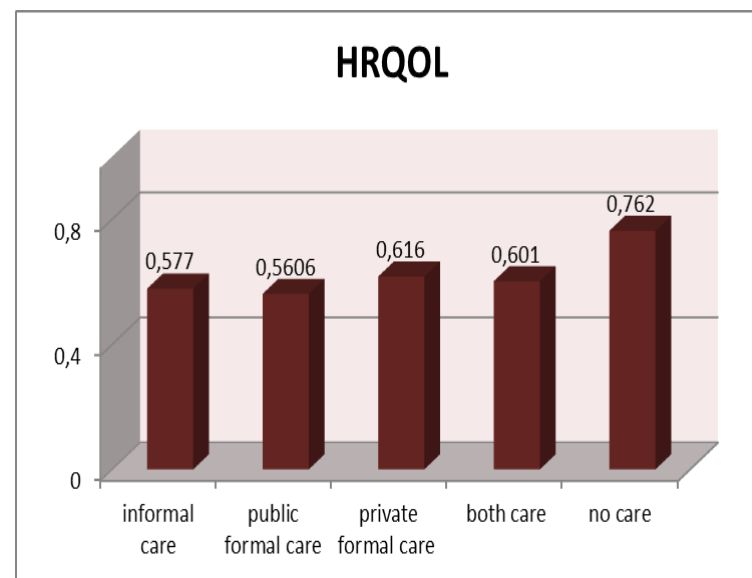
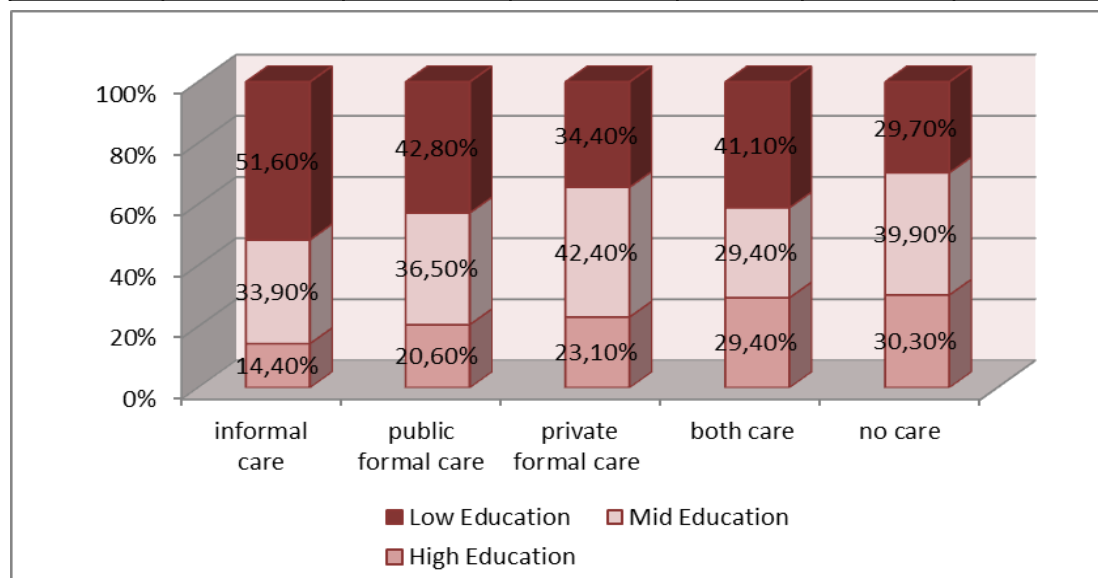
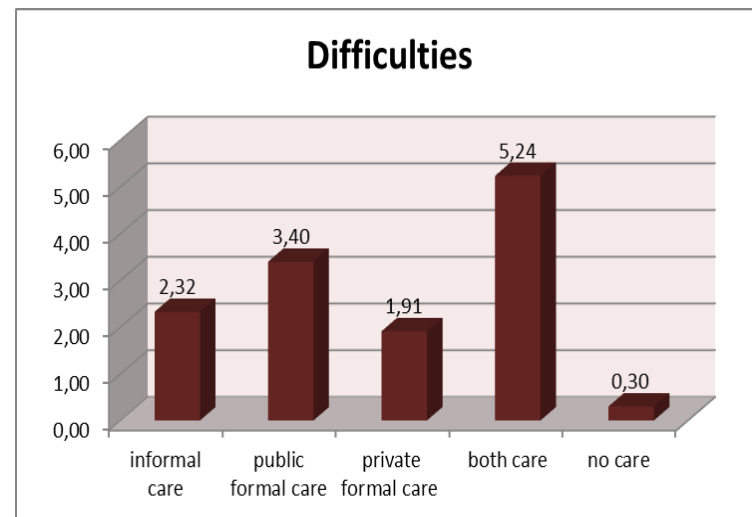
- Tres modelos: individuos con dependencia moderada/leve (menos de 5 limitaciones en ABVD); individuos con dependencia alta (más de 5 limitaciones); y toda la muestra



# 4. Resultados

Tabla 1. Descriptivo según tipo de cuidado recibido

	Those who only receive informal care n=2,826	Those who only receive public formal care n=63	Those who only receive private formal care n=212	Those who receive both care n=34	Those who do not receive care n=17,639	All sample N=20,774
<b>Sex</b>	0.365	0.190	0.198	0.205	0.463	0.445
<b>Age</b>	75.167	80.857	77.514	82.235	67.882	69.034
<b>Married</b>	0.670	0.158	0.264	0.264	0.704	0.693
<b>Never Married</b>	0.002	0.015	0.000	0.000	0.008	0.007
<b>Widowed</b>	0.326	0.825	0.735	0.735	0.285	0.298







# Resultados

Tabla 2. Resultados de la regresión

	Model A		Model B		Model C	
	Low-medium difficulties		High difficulties		All sample	
	Coefficient	t-value	Coeff	t-value	Coeff	t-value
Difficulties	-.1237774	-128.00**	-.2369508	-9.99**	-.1708296	-110.96**
Difficulties & Informal	-.0058972	-1.62	-.002037	-0.06	<b>-.0210986</b>	<b>-6.09**</b>
Difficulties & Public Formal	.038784	1.67	.1145361	0.66	.0054457	0.29
Difficulties & Private Formal	<b>.0248802</b>	<b>2.17*</b>	.0445054	0.46	.0000583	0.01
Difficulties & both care	.2075031	<b>4.03**</b>	.0480915	0.30	<b>.1301791</b>	<b>5.07**</b>
Both_care	<b>-.5862126</b>	<b>-4.19**</b>	.0322077	0.04	<b>-.4143524</b>	<b>-4.17**</b>
Only_formal	-.0628677	-1.05	-.4602955	-0.62	-.0196116	-0.31
Only_informal	.0147154	1.53	.0080069	0.06	<b>.0652826</b>	<b>5.56**</b>
Only_formal_paid	<b>-.0686239</b>	<b>-2.24*</b>	-.1487136	-0.37	.0020415	0.06
F	782.41		8.21		660.16	
Prob >F	0.0000		0.0000		0.0000	



## CONCLUSIONES

- A medida que empeora el estado de salud, (menos de 5), recibir simultáneamente cuidado informal y formal mejora ligeramente la calidad de vida de las personas que reciben el cuidado
- Cuando el número de limitaciones en ABDV es muy elevado (superior a 5), el cuidado recibido no parece influir en la calidad de vida de las personas que reciben el cuidado

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Utilización de dos fuentes de datos diferentes (ELSA y HSE)
- No disponemos información sobre la región de residencia y el salario/pensión
- Sesgo de selección del cuidado

# Discusión

---



# Discusión

---

## IMPLICACIONES

- Resultados interesantes para el diseño de estrategias, programas e intervenciones centradas en;
  - (i) fomentar el cuidado informal en aquellos países donde los cuidados formales tiene una importancia relativa superior) mejorando el reconocimiento social, la protección del trabajo y formación para los cuidadores informales
  - (ii) también fomentar la prestación del cuidado formal en aquellos países el cuidado informal es, básicamente, predominantes en el sistema LTC



# Discusión

---

## IMPLICACIONES

- Establecer la combinación más eficiente entre cuidado formal e informal para;
  - (i) mejorar la calidad de vida de las personas mayores
  - ii) una mayor eficiencia en la asignación de recursos en el sistema de cuidados

iii Gracias por su  
atención!!!

[LuzMaria.Pena@uclm.es](mailto:LuzMaria.Pena@uclm.es)

