

La relación entre la desigualdad económica y los cuidados en España: Un análisis a partir de la encuesta SHARE

Javier García García
Álvaro Elices Acero
Juan María Prieto Lobato
Pablo de la Rosa Gimeno

Universidad de Valladolid. Departamento de Sociología y Trabajo Social

📧 0000-0002-2417-9557; javier.garcia.garcia22@uva.es

📧 0000-0001-6650-0225; alvaro.elices@uva.es

📧 0000-0002-3922-9756; juanmaria.prieto@uva.es

📧 0000-0003-1015-8242; pablo.rosa@uva.es



© de los autores

Recepción: 02-07-2025

Aceptación: 17-12-2025

Publicación anticipada: 06-02-2026

Publicación: 23-04-2026

Cita recomendada: GARCÍA GARCÍA, Javier; ELICES ACERO, Álvaro; PRIETO LOBATO, Juan María y ROSA GIMENO, Pablo de la (2026). «La relación entre la desigualdad económica y los cuidados en España: Un análisis a partir de la encuesta SHARE». *Papers*, 111(2), e3485. <<https://doi.org/10.5565/rev/papers.3485>>

Resumen

Partiendo de la influencia ejercida por los determinantes sociales de la salud en la vejez, esta investigación examina cómo la desigualdad económica incide en los cuidados de las personas mayores en España. Concretamente, se analizan las repercusiones de los ingresos en la calidad de vida, la percepción de salud y la necesidad de cuidados, junto con la recepción y prestación de cuidados formales e informales. El estudio utiliza los datos de la novena ola de la encuesta SHARE y, mediante el uso de pruebas U de Mann-Whitney, chi-cuadrado y Fisher, se realiza un ejercicio de contraste entre el primer y el último decil de ingresos ($n = 176$). Los resultados confirman que quienes disponen de mayores recursos económicos presentan mejor salud percibida, mayor calidad de vida y menor necesidad de cuidados. No obstante, las diferencias en la recepción de apoyos formales y en la prestación de cuidados informales no resultaron estadísticamente significativas. Ante esta realidad, se subraya la necesidad de introducir nuevos mecanismos en el sistema público de provisión de apoyos que contribuyan a reducir la desigualdad persistente en materia de cuidados.

Palabras clave: cuidados; personas mayores; desigualdad económica; dependencia; percepción del estado de salud; calidad de vida; apoyo formal; apoyo informal; encuesta SHARE

Abstract. *The relationship between economic inequality and care in Spain: An analysis based on the SHARE survey*

This research starts from the influence exerted by the social determinants of health in old age and examines how economic inequality affects the care of the elderly in Spain. Specifically, it analyses the impact of income on quality of life, health perception, and the need for care, as well as the provision and receipt of formal and informal care. The study uses data from the ninth wave of the SHARE survey. By applying Mann-Whitney U, Chi-square and Fisher's U tests, contrasts are performed between the first and last income decile ($n = 176$). The results confirm that those with greater economic resources have better perceived health, a higher quality of life, and a lower need for care. However, the differences in the receipt of formal support and in the provision of informal care were not statistically significant. Given this situation, there is a clear need to introduce new mechanisms within the public system to provide support and help reduce persistent inequality in caregiving.

Keywords: care; older people; economic inequality; dependency; perception of health status; quality of life; formal support; informal support; SHARE survey

Sumario

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 1. Introducción | 5. Conclusiones |
| 2. Metodología | Referencias bibliográficas |
| 3. Resultados | Anexos |
| 4. Discusión | |

1. Introducción

1.1. Evolución sociodemográfica y desigualdad en las necesidades de cuidados

En las últimas décadas España está registrando un sobreenvejecimiento poblacional (Pérez Díaz et al., 2023) que ha incrementado las necesidades de cuidados sociosanitarios. Esta situación, compartida en mayor o menor medida por los países de nuestro entorno (European Commission, 2020), ha provocado que diferentes organismos de la Unión Europea insten a reforzar los modelos de atención y cuidados de la población. Ejemplos del refuerzo de la agenda en materia de políticas sociales de atención a las personas mayores dependientes son la aprobación de la Estrategia Europea de Cuidados (Comisión Europea, 2022), así como el reciente desarrollo e implementación de la estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad en España (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024). Asimismo, la Estrategia España 2050 (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia, 2021) subraya el incremento en las necesidades de cuidado como uno de los desafíos más acuciantes del país, y señala tres actuaciones clave para abordar la cuestión: asegurar la suficiencia y la sostenibilidad de las pensiones públicas, reforzar el Sistema Nacional de Salud y mejorar la red pública de cuidados de larga duración.

Este incremento en las necesidades de cuidado deriva, también, de los cambios en los modelos de organización familiar (Castro Martín y Seiz Puyuelo, 2014; OECD, 2022), la incorporación de la mujer al mercado laboral (Servicio Público de Empleo Estatal, 2024), las preferencias expresas de la población a permanecer en su entorno (Fernández-Carro, 2014) y la cada vez más escasa capacidad de hacer frente a las necesidades de los sistemas tradicionales de atención (Elizalde-San Miguel, 2018). A esta situación, denominada *crisis de los cuidados* (Fantova, 2015; Pérez Orozco, 2021), hay que sumarle las dificultades de implementación de iniciativas de remodelación de estos modelos como consecuencia de la existencia de diferentes modelos territoriales en la organización social de los cuidados (Martínez, 2024) y de las peculiaridades de las áreas rurales de nuestro país para hacer frente a sus particulares dificultades de cuidados (Elizalde-San Miguel y Díaz-Gandasegui, 2016).

La construcción de los nuevos modelos de cuidados no puede obviar la enorme heterogeneidad en los procesos de envejecimiento, debido a la gran influencia que ejercen los determinantes sociales de la salud (Commission on Social Determinants of Health, 2009) y que provocan casuísticas muy diferentes en edades avanzadas de la vida en función de aspectos como el género, el nivel de estudios alcanzado, el nivel de ingresos o las condiciones de empleo o vivienda por las que se haya atravesado con anterioridad (OECD, 2017; Organización Internacional del Trabajo, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2015; Solé-Auro et al., 2022; Spijker y Rentería, 2023). Esta enorme heterogeneidad en los procesos de envejecimiento se traduce en grandes desigualdades en los sistemas de cuidados de larga duración (García-Gómez et al., 2019), haciendo que el modelo español no satisfaga por igual las necesidades de toda la ciudadanía (García-Gómez et al., 2015).

Partiendo de estas premisas, la denominada *década del envejecimiento saludable 2021-2030* (Organización Mundial de la Salud, 2020) busca aunar los esfuerzos de los distintos actores sociales (entre otros, gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, profesionales, sector privado, medios de comunicación e instituciones científico-académicas) para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sus familias y comunidades. Este marco impulsa también la investigación sobre las desigualdades en los procesos de envejecimiento. Si bien son muchas las dimensiones de la desigualdad social (Bandrés Moliné, 2023), la renta económica juega un papel clave al ser un claro determinante en el acceso a los servicios de cuidado y por su alto impacto en la calidad de vida de las personas mayores (Daniel et al., 2017).

Ya a comienzos del siglo XXI se prestaba atención al impacto de las desigualdades de renta en el acceso a tratamientos médicos en varios países europeos (Van Doorslaer et al., 2004). Crespo-Cebada y Urbanos-Garrido (2012) analizaron, años más tarde, las desigualdades económicas en personas mayores de España dilucidando las diferencias entre ricos y pobres en el número de visitas al médico de cabecera, concluyendo con la imperante necesidad de implementar políticas públicas de amplio alcance que reduzcan las desigualdades en términos de salud en edades avanzadas. Esta tendencia a mostrar los resultados

más favorables en relación con los cuidados en los grupos poblacionales perceptores de ingresos más elevados sigue presente en investigaciones más actuales, lo que refleja la cronicidad de las desigualdades. En este sentido, la Encuesta de Salud de España¹ revela algunos asuntos de interés:

1. Las personas de clases más altas valoran su estado de salud como «muy bueno» o «bueno» en mayor medida que aquellas que pertenecen a las clases sociales más bajas, las cuales obtienen puntuaciones mayores en las valoraciones «mala» y «muy mala».
2. En las actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, sentarse y levantarse, vestirse, ir al servicio y asearse), los miembros adscritos a la clase más alta (grupo I) muestran tasas de respuesta mucho más bajas en las contestaciones «con mucha dificultad» o «no puede hacerlo», en comparación con las tasas de los grupos pertenecientes a las clases sociales más bajas.
3. Las clases sociales altas dedican también menos tiempo al cuidado de personas mayores o con dolencias crónicas que las clases sociales más bajas.

En el plano internacional destaca el trabajo realizado por Matanić Vautmans et al. (2023), en el que analizan los datos de diferentes países europeos en relación con las necesidades de salud, sosteniendo también que el grado de necesidad de aquellas personas con rentas bajas es superior al presentado por las personas con rentas más altas. La fuerte y reveladora comparativa que se realiza entre países en este último trabajo mediante el uso de la encuesta SHARE del período 2019-2020 muestra el potencial analítico de esta fuente de datos.

1.1. Encuesta SHARE

La Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) es un proyecto longitudinal que recoge datos sobre la población en un amplio número de países europeos. Es amplia y diversa la información que recaba (salud percibida, situación económica, vivienda, ingresos, redes sociales, dificultades, cuidados, etc.), toda la cual se recoge con el objetivo de facilitar su explotación y permitir la tarea de analizar los desafíos que enfrenta, principalmente, el envejecimiento de la población en distintos países, intentando con ello facilitar la elaboración de políticas públicas en diversos ámbitos, incluyendo el de los cuidados de larga duración. En este sentido, nos ofrece información

1. La Encuesta de Salud de España reconoce seis clases sociales: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV. Supervisores/as, trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as. VI. Trabajadores/as no cualificados/as.

sobre los tipos de cuidados recibidos por las personas, distinguiendo entre formales (servicios profesionales, generalmente privados) o informales (familiares, vecinos, amigos, etc.), así como si las personas entrevistadas han tenido que cuidar o no, la intensidad de esos cuidados —tanto de los prestados como de los recibidos— e incluso las actividades para las que se han requerido cuidados. Estas variables, cruzadas con las variables independientes clásicas en las investigaciones de ciencias sociales —género, nivel de estudios o nivel de ingresos— permite realizar un acercamiento al fenómeno de las desigualdades.

Además, un valor añadido que presenta SHARE radica en su enfoque comparativo, ya que permite analizar la situación social en materia de envejecimiento en diversos países europeos, lo que da pistas de la efectividad de los distintos sistemas de cuidado o bienestar social existentes en nuestro entorno.

En cuanto a su metodología (Börsch-Supan y Jürges, 2005), SHARE recopila información mediante entrevistas personales en profundidad asistidas por ordenador (CAPI), intentando en sus distintas olas mantener si es posible a los mismos informantes para poder observar además la evolución en las variables que recoge. Sin embargo, el carácter eminentemente cuantitativo de la información recabada provoca que no se disponga de información cualitativa, lo cual enriquecería los datos recopilados y sería de gran utilidad para fortalecer las investigaciones.

Por todo ello, la encuesta SHARE ha sido ampliamente utilizada para estudiar la provisión de cuidados de larga duración, tanto en España como en otros países europeos (Vilaplana Prieto et al., 2011). En consecuencia, aquí se presenta un trabajo de investigación que, mediante la utilización de los datos de la última ola de la encuesta SHARE, tiene como finalidad sumarse a la amplia literatura científica centrada en revelar el impacto de la desigualdad económica en diversos aspectos relativos a los cuidados, circunscribiendo el análisis al caso de España.

2. Metodología

2.2. Contexto y enfoque de la investigación

El presente trabajo tiene como objetivo analizar en profundidad las desigualdades existentes en materia de cuidados en España, utilizando para ello los datos procedentes de la novena ola de la encuesta SHARE ($n = 2087$) (Bergmann et al., 2024; Yilmaz et al., 2023). En concreto, se examina cómo las diferencias acerca de los ingresos económicos impactan en aspectos clave como la percepción del estado de salud, la calidad de vida, la necesidad de cuidados y la recepción o provisión de atenciones formales e informales entre las personas mayores.

Para llevar a cabo el análisis se ha seguido una metodología cuantitativa similar a la de otros trabajos de investigación nacionales centrados en cuantificar la desigualdad española en materia de cuidados de larga duración mediante la explotación de esta encuesta (Sánchez Salmerón et al., 2021). Este tra-

Tabla 1. Perfil sociodemográfico (grupo de edad y género por decil) de la muestra seleccionada

Grupo de edad		Decil 1		Decil 10		Total
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
		N	N	N	N	
Entre 50 y 64 años		11	14	22	20	67
Entre 65 y 74 años		10	11	11	7	39
Entre 75 y 84 años		8	22	4	6	40
Entre 85 y 94 años		2	14	3	8	27
95 o más años		0	2	1	0	3
Total		31	63	41	41	176

Fuente: elaboración propia.

bajo se enfoca exclusivamente en la desigualdad de ingresos como variable independiente. Para ello se ha utilizado la variable *ingreso medio mensual por hogar* (módulo «Household income» [HH]) de la encuesta. Con relación a los cuidados, son varias las variables que han sido seleccionadas: *percepción del estado de salud* (módulo «Physical Health» [PH]), *calidad de vida* (módulo «GV_health»), *actividades para las que se requiere ayuda* (módulo «Physical Health» [PH]), *cuidados formales recibidos* (módulo «Health Care» [HC]), *apoyo informal recibido* (módulo «Social Support» [SP]) y *prestación de apoyos* (módulo «Social Support» [SP]).

Es conveniente aclarar que, en este estudio, se entiende por cuidados formales aquellos proporcionados por profesionales remunerados, como la ayuda profesional en el hogar, la asistencia personal o los servicios de provisión de comidas en el domicilio. Por otro lado, los cuidados informales hacen referencia a la atención prestada gratuitamente por familiares, vecinos o amistades. Conviene señalar que esta definición operativa no contempla aspectos clave como la intensidad, la duración o la frecuencia de los cuidados recibidos o prestados. Esta limitación se deriva directamente de las características y de las variables disponibles en la encuesta SHARE, por lo que se recomienda abordar estos aspectos en futuras investigaciones mediante metodologías complementarias.

2.3. Explicación y adaptación de las variables seleccionadas

Para realizar un correcto análisis de los datos se ha realizado un primer tratamiento a algunas de las variables originarias de la encuesta SHARE.

Con relación al ingreso medio mensual por hogar, en la encuesta SHARE se recoge inicialmente como variable numérica. En este trabajo se ha optado por utilizar la relación de dispersión decil como mecanismo de medición de desigualdad, por lo que se ha dividido a la población en deciles y se ha seleccionado únicamente al primero (aquel más pobre, con ingresos ≤ 645 euros/mensuales; $n = 94$) y al último (aquel más rico,

Tabla 2. Grados de dependencia en función de las limitaciones

Grado de dependencia	Caracterización
No dependencia	No hay dificultades para la realización de ABVD ni de AIVD
Bajo	1 limitación en AIVD
Medio-bajo	1 limitación en ABVD y 1 limitación en AIVD Ninguna limitación en ABVD y 2 o más en AIVD
Medio alto	1 limitación en ABVD y 1 limitación en AIVD 2 limitaciones en ABVD y ninguna limitación en AIVD
Alto	Resto de los casos

Fuente: elaboración propia en base al modelo de Laferrère y Bosch (2015).

con ingresos ≥ 4.001 euros/mensuales; $n = 82$). La comparación específica entre el primer y el último decil económico se realiza con el fin de destacar las desigualdades extremas en los cuidados y proporcionar una visión clara sobre las diferencias entre situaciones de alta vulnerabilidad y alta capacidad económica. La tabla 1 muestra la información sociodemográfica, en términos de edad y género, de la muestra seleccionada. Se observa que, en ambos deciles, el mayor número de personas se ubica en la franja de 50 a 64 años y de 75 a 84 años, habiendo también una mayor representación femenina en casi todos los grupos de edad.

La variable *calidad de vida* no ha sufrido ningún cambio. La encuesta mide la calidad de vida mediante el índice CASP (Hyde et al., 2003), compuesto por 19 ítems de escala tipo Likert, con el que se obtiene en función de las respuestas una puntuación entre 0 y 57. Por tanto, estamos ante una variable numérica en la que una mayor puntuación es sinónimo de una mayor calidad de vida.

La *necesidad de ayuda* se ha reconvertido en *grado de dependencia*, dado que a un mayor grado de dependencia tiene lugar un incremento en el número y la intensidad de las necesidades de atención o cuidado. El grado de dependencia se ha calculado de acuerdo con el modelo propuesto por Laferrère y Bosch (2015), en el cual se establece en función del número de limitaciones o dificultades en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD²) o en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD³). La tabla 2 sintetiza los grados de dependencia.

2. La encuesta SHARE recoge las siguientes: caminar 100 metros, estar sentado dos horas, levantarse de una silla, subir varias escaleras, agacharse o arrodillarse, alcanzar o extender los brazos por encima de los hombros, tirar o empujar objetos grandes, levantar o transportar pesos superiores a 5 kilos y coger una moneda pequeña de una mesa.
3. La encuesta SHARE recoge las siguientes: vestirse (incluidos zapatos y calcetines), caminar por una habitación, bañarse o ducharse, comer y cortar alimentos, acostarse o levantarse de la cama, ir al baño, utilizar un mapa, preparar una comida caliente, hacer la compra, llamar por teléfono, tomar medicamentos, realizar tareas domésticas o de jardinería, administrar el dinero, salir de casa de forma autónoma y lavar la ropa.

Los *cuidados formales recibidos* se basan en cuatro variables nominales dicotómicas (Sí/No) recogidas en la encuesta: recibe servicio de ayuda profesional domiciliario relacionado con el apoyo personal; recibe servicio de ayuda profesional domiciliario relacionado con las tareas domésticas; recibe servicio profesional de comidas, y recibe servicio de ayuda profesional para la ayuda en otras actividades. No ha habido ningún tratamiento de las variables por parte de los investigadores previo al análisis.

De igual forma, para el *cuidado informal recibido* se ha utilizado la variable nominal dicotómica (Sí/No) que hace referencia a si la persona ha recibido ayuda de alguna persona no profesional. No ha habido un tratamiento de la variable por parte de los investigadores previo al análisis.

Por último, la *prestación de apoyos informales* se ha calculado con la variable nominal dicotómica (Sí/No) en la que se recoge si la persona ha prestado o no algún tipo de ayuda o cuidado en los últimos 12 meses. No ha habido un tratamiento de la variable por parte de los investigadores previo al análisis.

2.4. Análisis de datos

El análisis de datos se ha realizado mediante el software estadístico SPSS 26. Se han llevado a cabo pruebas de contraste de hipótesis para examinar la existencia y la dirección de relaciones estadísticamente significativas entre las variables observadas y los deciles económicos más pobre y más rico, permitiendo identificar diferencias en materia de cuidados. Dependiendo de la naturaleza y la distribución de las variables, se emplearon pruebas no paramétricas como el U de Mann-Whitney (para comparar variables ordinales entre dos grupos independientes) y pruebas de asociación como el chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher para evaluar la relación entre variables categóricas (Almazán et al., 2015). La tabla 3 sintetiza la hipótesis nula y las correspondientes hipótesis alternativas sometidas a contraste.

Tabla 3. Hipótesis nula e hipótesis alternativas

H_0	No existen diferencias estadísticamente significativas entre el primer y el último decil en las variables: percepción de estado de salud, calidad de vida, necesidad de cuidados, apoyo formal e informal recibido, apoyo informal prestado.
H_1	Las personas del decil económico más alto tienen una mejor percepción de su estado de salud.
H_2	Las personas del decil económico más alto tienen una mejor calidad de vida.
H_3	Las personas del decil económico más alto tienen una menor necesidad de cuidados.
H_4	Las personas del decil económico más alto reciben más apoyos formales y menos informales.
H_5	Las personas del decil económico más alto prestan menos apoyo informal.

Fuente: elaboración propia.

3. Resultados

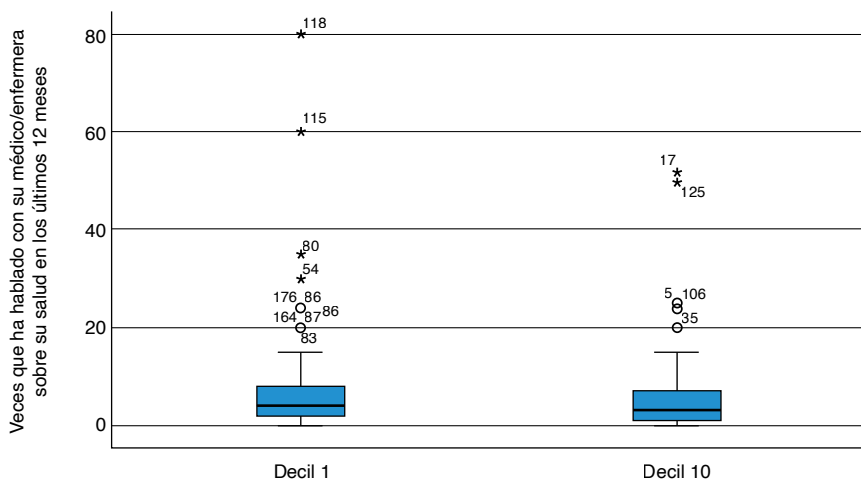
Para facilitar la claridad expositiva de los resultados se ha optado por desgranar este apartado en cada una de las hipótesis sometidas a contraste.

3.1. Las personas del decil económico más alto tienen una mejor percepción de su estado de salud

Para este contraste se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney con el objetivo de evaluar las diferencias en la autopercepción del estado de salud entre los participantes del decil económico más bajo (decil 1, $n = 93$) y el decil económico más alto (decil 10, $n = 82$). Los resultados (anexo 1) muestran una diferencia significativa entre los dos grupos ($U = 2661$, $Z = -3,593$, $p < 0,001$). El decil 1 obtuvo un rango promedio de 100,39, mientras que el decil 10 obtuvo un rango promedio de 73,95, lo que indicaba que las personas del decil más alto perciben su salud de manera más positiva que las del decil más bajo.

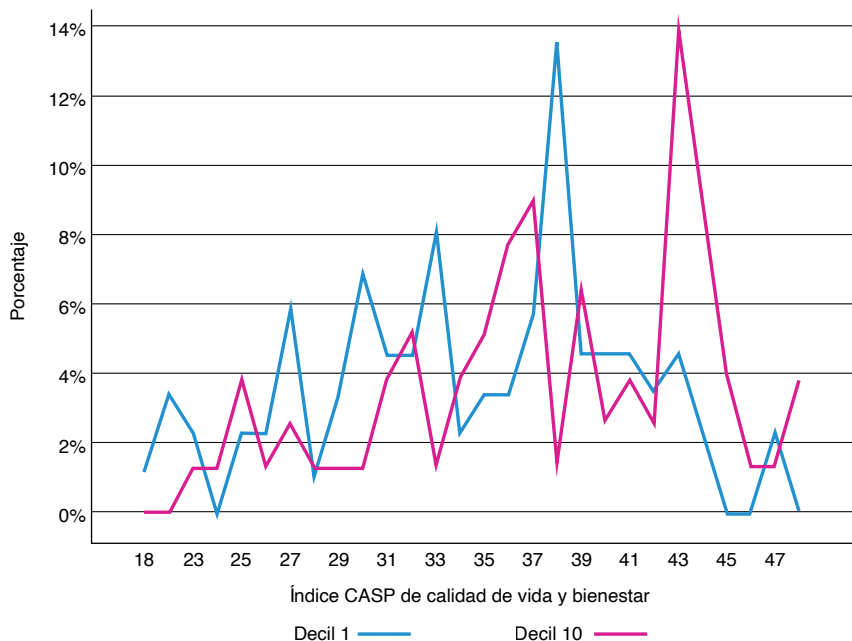
Así mismo, se quiso contrastar esta idea con otra de las variables recogidas en la encuesta SHARE, relativa al número de contactos con el doctor, la doctora, el enfermero o la enfermera en los últimos 12 meses por cuestiones de salud. En este caso se realizó un análisis descriptivo. Para el primer decil la media se sitúa en 7,45 contactos (intervalo de confianza de la media al 95%: 5,06-9,83; desviación estándar: 11.637), mientras que en el decil más alto la media se sitúa en 5,28 contactos (intervalo de confianza de la media al 95%: 3,32-7,25; desviación estándar: 8.942). La figura 1 sintetiza gráficamente estos datos.

Figura 1. Contactos con el médico y/o con la enfermera en el último año por decil económico



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Puntuación en el índice CASP por decil económico (%)



Fuente: elaboración propia.

3.2. Las personas del decil económico más alto tienen una mayor calidad de vida

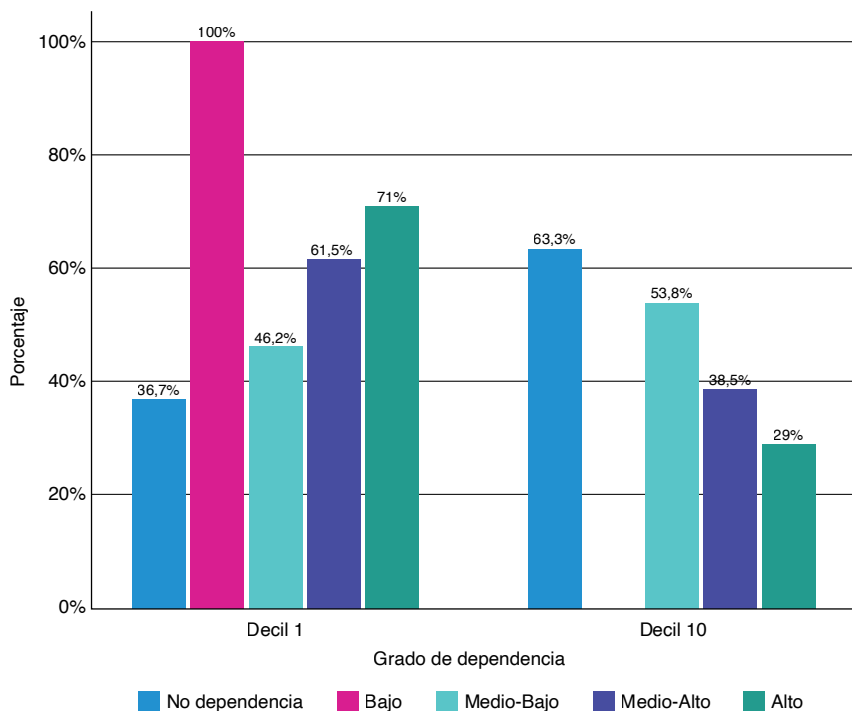
En este contraste también se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney con el objetivo de evaluar las diferencias en la calidad de vida medida por el índice CASP entre los participantes del decil económico más bajo (decil 1, $n = 88$) y el decil económico más alto (decil 10, $n = 78$). Los resultados (anexo II) muestran una diferencia significativa entre los dos grupos ($U = 2462$, $Z = -3,143$, $p = 0,002$). El decil 1 obtuvo un rango promedio de 72,48, mientras que el decil 10 obtuvo un rango promedio de 95,94. Esto indica que las personas del decil más alto reportan una mayor calidad de vida.

La figura 2 muestra la distribución (en tanto por ciento) de las puntuaciones en el índice CASP por decil. Mientras que en las puntuaciones más bajas es mayor el porcentaje de casos adscritos al decil económico más bajo, cuando analizamos las puntuaciones más altas, equivalentes a una mayor calidad de vida, es el decil más alto el que predomina.

3.3. Las personas del decil económico más alto tienen una menor necesidad de cuidados

Al igual que en los dos casos anteriores, para este contraste también se ha realizado la prueba U de Mann-Whitney con el objetivo de evaluar las dife-

Figura 3. Distribución de grado de dependencia por decil económico (%)



Fuente: elaboración propia.

rencias en la necesidad de cuidados, medido a través del grado de dependencia, entre los participantes del decil económico más bajo (decil 1, $n = 94$) y el decil económico más alto (decil 10, $n = 82$). Los resultados (anexo III) muestran una diferencia significativa entre los dos grupos ($U = 2558$, $Z = -4,173$, $p < 0,001$). El decil 1 obtuvo un rango promedio de 102,29, mientras que el decil 10 obtuvo un rango promedio de 72,70. Esto indica que las personas del decil más alto reportan un menor grado de dependencia que las del decil más bajo.

La figura 3 muestra el reparto de los grados de dependencia dentro de los deciles analizados. Mientras que en el primer decil se observa que aumenta la frecuencia a medida que aumenta el grado de dependencia, en el decil 10 ocurre justo lo contrario.

3.4. Las personas del decil económico más alto reciben más apoyos formales y menos apoyos informales

En primer lugar, se examinó la ayuda profesional para el apoyo personal en el hogar mediante la prueba de chi-cuadrado (anexo IV), sin encontrarse una

Tabla 4. Resumen de resultados de contrastes de hipótesis

Hipótesis alterna	Resultado
H ₁ Las personas del decil económico más alto tienen una mejor percepción de su estado de salud.	Se acepta hipótesis alterna.
H ₂ Las personas del decil económico más alto tienen una mejor calidad de vida.	Se acepta hipótesis alterna.
H ₃ Las personas del decil económico más alto tienen una menor necesidad de cuidados.	Se acepta hipótesis alterna.
H ₄ Las personas del decil económico más alto reciben más apoyos formales y menos informales.	Se rechaza hipótesis alterna.
H ₅ Las personas del decil económico más alto prestan menos apoyo informal.	Se rechaza hipótesis alterna.

Fuente: elaboración propia.

asociación estadísticamente significativa [$\chi^2 (1, N = 176) = 1,760, p = 0,185$]. Aunque de manera descriptiva las personas en el decil más bajo mostraron una mayor proporción de recepción de esta ayuda (un 8,5%) frente al decil más alto (un 3,7%), la diferencia no alcanzó relevancia estadística, de modo que no puede sostenerse la hipótesis de que quienes ocupan el decil más alto reciben más apoyos personales formales.

Posteriormente, se aplicó la misma prueba estadística para evaluar la recepción de ayuda profesional en tareas domésticas (anexo v), sin evidenciar asociación significativa [$\chi^2 (1, N = 176) = 0,222, p = 0,638$]. Pese a que el 10,6% de las personas del decil más bajo recibieron este servicio en comparación con el 8,5% del decil más alto, las diferencias no resultaron estadísticamente notables.

Un análisis equivalente se realizó para la recepción de comidas a domicilio, en el que se empleó la prueba exacta de Fisher (anexo vi) debido a la naturaleza de los datos. Tampoco se observó asociación significativa (p bilateral = 0,374), si bien descriptivamente se detectó un mayor porcentaje de recepción en el decil más bajo (un 4,3%) frente al más alto (un 1,2%).

Se repitió la prueba exacta de Fisher para otras ayudas distintas a las anteriores (anexo vii), sin resultados estadísticamente significativos (p bilateral = 0,624), dado que un 3,2% de las personas del decil más bajo manifestó recibir este tipo de apoyo, frente al 1,2% en el decil más alto.

En cuanto a los apoyos informales procedentes de personas externas al hogar, la prueba de chi-cuadrado (anexo viii) mostró una tendencia cercana a la significación estadística [$\chi^2 (1, N = 176) = 3,377, p = 0,066$], corroborada por la prueba exacta de Fisher unilateral ($p = 0,050$). Esto sugiere que quienes se encuentran en el decil económico más bajo (un 21,3%) reportan una mayor recepción de apoyo informal en comparación con el decil más alto (un 11,0%), confirmando parcialmente la hipótesis de que los grupos con mayor poder adquisitivo reciben menos ayuda informal.

Finalmente, se evaluó la relación entre el decil económico y la prestación de ayuda a otros familiares en los últimos doce meses (anexo ix), sin hallarse una

asociación estadísticamente significativa [$\chi^2 (1, N = 176) = 0,156, p = 0,693$]. Tanto el decil más bajo (un 14,9%) como el más alto (un 17,1%) mostraron proporciones similares de personas que proporcionaron ayuda, por lo que los datos no respaldan la hipótesis de que quienes disponen de mayores recursos económicos ofrezcan menos asistencia a sus familiares. La tabla 4 muestra el resumen de los contrastes de hipótesis (aceptación o rechazo) de cada una de las hipótesis alternas planteadas por el equipo investigador.

4. Discusión

Los resultados obtenidos fruto de la relación entre desigualdad económica y los cuidados en las personas mayores en España plantean varios desafíos y oportunidades de reflexión que permiten analizar con profundidad la situación actual en nuestro país. Si bien parte de los resultados apuntan hacia conclusiones esperadas y ya señaladas en investigaciones previas, hay otra parte de resultados que revelan paradojas que animan al debate y alientan a ser investigadas con mayor profundidad en otros trabajos.

En primer lugar, uno de los hallazgos clave del estudio es la relación directa y positiva entre ingresos económicos y autopercepción del estado de salud. Las personas que pertenecen al decil más alto de ingresos muestran una mejor percepción de su salud en comparación con aquellas que se encuentran en el decil más bajo. Este resultado está en consonancia con una amplia literatura sociológica (Hernández Pedreño, 2008) y epidemiológica (Calzón Fernández et al., 2017) que destaca el fuerte impacto de los determinantes sociales de la salud en este sentido. Esta relación entre ingresos y salud ha sido siempre una constante en estudios tanto nacionales como internacionales, ya que el nivel de ingresos suele condicionar la posibilidad de disponer o no de recursos que promueven o protegen de alguna manera la salud, como puede ser un mayor acceso a medicamentos (García-Calderó y Sospedra-Martínez, 2023), alimentación más adecuada (Darmon y Drewnoski, 2008) o la percepción de atención médica de mayor calidad (Okunrintemi et al., 2019). Además, en la presente investigación se ha contrastado la autopercepción del estado de salud con el número de contactos con los médicos y/o enfermeros, subrayando también la relación positiva y directa de esta variable con la relativa a los ingresos económicos. Sin embargo, es importante señalar que en esta investigación no se han abordado otros posibles aspectos que podrían influir de alguna manera en esta relación entre variables. Factores como el nivel educativo, el género o las redes sociales influyen en la percepción que tienen las personas sobre su estado de salud y, por consiguiente, en la recepción de cuidados (Ilinca et al., 2017). En este sentido, se plantea como línea de trabajo futura incluir estas variables en el análisis para una comprensión más integral del fenómeno.

En segundo lugar, el análisis de resultados confirma también una relación positiva directa entre decil económico y calidad de vida: a mayores ingresos económicos, mayor calidad de vida. Esto concuerda con estudios previos que sugieren que la calidad de vida, medida a través de dimensiones como la auto-

nomía, la seguridad o la realización personal, está fuertemente influenciada por el nivel de ingresos (Rözer y Kraaykamp; 2013). Sin embargo, es pertinente reflexionar sobre el índice CASP y las dimensiones que evalúa. A pesar de ser un instrumento validado y contrastado en la comunidad académica, no refleja, en comparación con otras herramientas de medición de la calidad de vida (p. ej., la escala GENCAT) (Verdugo Alonso et al., 2007, 2008), aspectos de vital importancia para el bienestar y la calidad de vida en personas mayores, como pueden ser el apoyo social (Marrero Quevedo y Carballeira Abella, 2010) o la integración comunitaria (González Casas et al., 2020). Por tanto, sería interesante en futuras investigaciones añadir variables que sumen estos dos aspectos al análisis de la relación entre ingresos económicos y calidad de vida.

El análisis sobre la necesidad de cuidados y su relación con los ingresos económicos también ofrece reflexiones de interés. Las personas del decil más bajo presentan un mayor grado de dependencia y están situadas en una posición de mayor vulnerabilidad y de necesidad de mayores apoyos para la realización de sus actividades diarias. Estos hallazgos coinciden con estudios que señalan que la pobreza y la precariedad económica no solo limitan el acceso a servicios de salud, sino que también incrementan las probabilidades de sufrir enfermedades y discapacidades en edades avanzadas (Sapolsky, 2005; Pickett et al., 2006; Wilkinson y Pickett, 2007). Sin embargo, este estudio no explora en profundidad las diferencias en el tipo de limitaciones entre deciles económicos. Por tanto, se presenta como una futura línea de trabajo el realizar un análisis más detallado sobre la forma en que los diferentes tipos de limitaciones (físicas o cognitivas) se distribuyen entre las clases sociales y la forma en la que influyen en las necesidades y la provisión de cuidados.

Un hallazgo particularmente revelador es la paradoja evidenciada entre el nivel de ingresos y los tipos de apoyo recibidos. Cabría esperar, de acuerdo con la literatura clásica en materia de cuidados y protección social, que las personas con mayores ingresos tendrían mayor acceso a cuidados formales (Albertini y Pavolini, 2017; Lera et al., 2021), ya que podrían permitirse contratar servicios profesionales de mayor calidad. Sin embargo, la presente investigación no encuentra una relación estadísticamente significativa en dicho sentido. Este hecho podría explicarse en parte por la estructura del sistema de bienestar español en materia de dependencia, en el que los servicios profesionales de atención a las personas mayores vienen configurados como derecho subjetivo por la Ley de Dependencia 39/2006 mediante la figura de la ayuda a domicilio o la asistencia personal. Sin embargo, la encuesta SHARE no arroja información sobre la calidad de los servicios formales recibidos, lo que limita la comprensión de cómo las desigualdades económicas afectan realmente a la experiencia de recibir cuidados. Sin duda, la inclusión de información cualitativa en este apartado hubiera enriquecido esta parte del análisis.

La cuestión de los apoyos informales también merece ser considerada en este apartado. La investigación confirma que las personas del decil más bajo reciben más apoyo informal que las personas del decil más alto. Esto concuerda con investigaciones previas que destacan la importancia de las redes familiares y

comunitarias en situaciones o contextos de precariedad económica (Broese van Groenou et al., 2006; Rodrigues et al., 2017; Vlachantoni et al., 2015), aunque diverge con los resultados de otras investigaciones que apuntan a que quienes disponen de mayores recursos son los que hacen un uso más elevado del apoyo informal (Bakx et al., 2015). Sin embargo, conviene no romantizar estas dinámicas desde los sistemas de protección social. Si bien el apoyo familiar puede ser esencial en la provisión de cuidados, también puede generar una sobrecarga para los cuidadores, especialmente para las «supermujeres» (Moreno, 2002), quienes tradicionalmente vienen asumiendo la mayor parte de estos cuidados. La literatura feminista ha sido crítica acerca de la noción de «apoyo familiar» como un recurso ilimitado, señalando que el trabajo no remunerado de cuidados puede reforzar las desigualdades de género y socioeconómicas, perpetuando así la dependencia de las mujeres en el hogar (García-Calvente et al., 2004; Urbano Molina, 2023). No obstante, debe reconocerse como una limitación que la variable de la encuesta SHARE relativa al apoyo informal recibido, al estar formulada de manera dicotómica, ofrezca una visión limitada del fenómeno. Esta simplificación dificulta captar la calidad y la naturaleza de los apoyos, lo que hace que los resultados tengan que ser contextualizados y entendidos con cierta precaución. En este sentido, sería pertinente que futuros estudios abordaran el impacto de estas dinámicas en la vida de las cuidadoras informales, algo que el análisis cuantitativo por sí solo no permite captar, y que se introdujeran nuevas variables que permitieran profundizar en el fenómeno de la recepción de apoyos informales.

Por último, los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los deciles más altos y más bajos en cuanto a la prestación de apoyos informales. Esto sugiere que el acto de cuidar a familiares no está necesariamente mediado por el nivel de ingresos, sino que responde a otras dinámicas sociales y culturales, como podrían ser las normas de reciprocidad (Neufeld y Harrison, 1995) o la solidaridad intergeneracional (Tobío, 2010). Sin embargo, esta conclusión podría ser matizada si se considerara el tipo y la intensidad del apoyo prestado. Las personas con mayores recursos económicos podrían estar prestando apoyos menos intensivos, como acompañamientos puntualizados o gestiones administrativas, mientras que las personas con menos recursos podrían estar asumiendo cuidados más demandantes, como el apoyo físico o la prestación de asistencia constante. Por tanto, se muestra como una posible línea de trabajo futura profundizar en el tipo, la intensidad y la calidad de los cuidados informales prestados en función del nivel de ingresos.

De igual forma, se sugiere que en futuras investigaciones se incluyan análisis más exhaustivos del espectro completo de deciles económicos —ya que en este trabajo no se han considerado las situaciones intermedias— y se complemente el análisis cuantitativo con información cualitativa. La incorporación de técnicas como entrevistas en profundidad, grupos focales o estudios de caso permitiría captar dimensiones subjetivas como la calidad percibida de los cuidados recibidos, las dinámicas familiares internas en la toma de decisiones sobre cuidados y el impacto emocional en cuidadores informales. Esto enriquecería significativamente el análisis sociológico y permitiría desarrollar políticas

públicas más ajustadas a las necesidades reales. También sería oportuno en un contexto como el actual, en el que las actuaciones en materia de cuidados tratan de integrar de forma paralela los cuidados informales como formales (Jiménez-Martín y Vilaplana Prieto, 2012), examinar las desigualdades concretas que pueden surgir en dichas experiencias, ya que existe evidencia de que esta integración resulta imprescindible para reducir la desigualdad en favor de los más desfavorecidos (Floridi et al., 2021). También convendría analizar las desigualdades detrás de los motivos de abandonos de las diferentes iniciativas de cuidados de larga duración, ya que trabajos previos (García et al., 2025) muestran cómo no solo la ausencia de apoyos efectivos es determinante, sino que también los aspectos económicos pueden provocar que se dejen de percibir ciertos apoyos y se vean comprometidas las necesidades de las personas.

5. Conclusiones

La relación entre desigualdad económica y cuidados en la población mayor en España constituye un ámbito de especial relevancia en un contexto marcado por el envejecimiento demográfico y el aumento de las necesidades de atención de larga duración. Los resultados obtenidos muestran que, aunque el sistema de cuidados ofrece cierto apoyo a las personas en situación de mayor vulnerabilidad, persisten importantes desigualdades en términos de calidad de vida, salud y grado de dependencia.

Estas desigualdades no son un fenómeno aislado, sino que forman parte de un debate más amplio sobre el papel de las condiciones socioeconómicas en el acceso y uso de los cuidados. La literatura especializada ha mostrado resultados diversos en este campo: mientras algunos estudios destacan una mayor presencia de apoyos entre quienes se encuentran en situaciones más desfavorecidas, otros apuntan que las personas con mayores recursos tienden a utilizar con más frecuencia tanto los cuidados formales como los informales. Estas discrepancias pueden deberse a diferencias metodológicas, conceptuales y temporales en el análisis de los sistemas de cuidados, así como a la heterogeneidad de las fuentes de datos y de las variables empleadas para medir las desigualdades.

En el caso español, los resultados evidencian la centralidad del cuidado informal como un mecanismo que compensa parcialmente las limitaciones del sistema formal, pero que a la vez reproduce desigualdades sociales y de género. Ello refuerza la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención más equitativo e integral, que combine una provisión pública de servicios formales suficiente y que cuente con el reconocimiento y el apoyo efectivo a las redes familiares y comunitarias.

Reforzar las políticas de protección social y, en particular, los instrumentos vinculados a la atención a la dependencia resulta esencial para reducir las brechas observadas. En definitiva, las desigualdades analizadas en este trabajo ponen de relieve que España aún se encuentra lejos de garantizar el derecho universal a unos cuidados de larga duración accesibles, equitativos y de calidad, tal como promueve el Pilar Europeo de Derechos Sociales.

Financiación

Durante el desarrollo de este trabajo, el autor Javier García disfrutó de un contrato predoctoral financiado por la Universidad de Valladolid y cofinanciado por el Banco Santander (convocatoria 2022).

Agradecimientos

Este trabajo ha utilizado datos de la novena ola de la encuesta SHARE (SHARE-ERIC, 2024).

Referencias bibliográficas

- ALBERTINI, Marco y PAVOLINI, Emmanuele (2017). «Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans». *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(3), 510-521.
<<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv038>>
- ALMAZÁN, Alejandro; ARRIBAS, José M.; CAMARERO, Luis; MAÑAS, Beatriz y VALLEJOS, Antonio Félix (2015). *Análisis estadístico para la investigación social* (2.ª ed.). Madrid: Garceta.
- BAKX, Pieter; DE MEIJER, Claudine; SCHUT, Frederik y VAN DOORSLAER, Eddy (2015). «Going Formal or Informal, Who Cares?: The Influence of Public Long-Term Care Insurance». *Health Economics*, 24(6), 631-643.
<<https://doi.org/10.1002/hec.3050>>
- BANDRÉS MOLINÉ, Eduardo (2023). «Dimensiones de la desigualdad: España en contexto». *Panorama Social*, 37(1), 53-66.
- BERGMANN, Michael; WAGNER, Melanie y BÖRSCH-SUPAN, Axel (2024). *SHARE Wave 9 Methodology: From the SHARE Corona Survey 2 to the SHARE Main Wave 9 Interview*. Múnich: SHARE-ERIC.
<<https://doi.org/10.6103/MV.W09>>
- BÖRSCH-SUPAN, Axel; BRANDT, Martina; HUNKLER, Christian; KNEIP, Throsten; KORBMACHER, Julia; MALTER, Frederic; SCHAAN, Barbara; STUCK, Stephanie; ZUBER, Sabrina y SHARE CENTRAL COORDINATION TEAM (2013). «Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)». *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001.
<<https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>>
- BÖRSCH-SUPAN, Axel y JÜRGES, Hendrik (2005). *The Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing.
- BROESE VAN GROENU, Marjolein; GLASER, Karen; TOMASSINI, Cecilia y JACOBS, Thérèse (2006). «Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: A comparison of four European countries». *Ageing and Society*, 26(5), 745-766.
<<https://doi.org/10.1017/S0144686X06005241>>
- CALZÓN FERNÁNDEZ, Silvia; FERNÁNDEZ AJURIA, Alberto; LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, María del Puerto y MARTÍN MARTÍN, José Jesús (2017). «Diferencias por sexo de la salud percibida antes y durante la crisis económica (2007 y 2011)». *Revista Española de Salud Pública*, 91(1).

- CASTRO MARTÍN, Teresa y SEIZ PUYUELO, Marta (2014). *La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica*. Madrid: Fundación FOESSA. Recuperado de <<https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2021/01/FOESSA.-La-trasformacion-de-las-familias-en-Espana-desde-una-perspectiva-sociodemografica.pdf>>.
- COMISIÓN EUROPEA (2022). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados, SWD 2022, 440 final*. Recuperado de <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52022DC0440>>.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <<https://iris.who.int/handle/10665/44084>>.
- CRESPÓ-CEBADA, Eva y URBANOS-GARRIDO, Rosa M. (2012). «Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case». *Health Policy*, 104(2), 193-199.
<<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.10.007>>
- DANIEL, Fernanda; FERREIRA, A.; ESPÍRITO-SANTO, Helena Amaral; MONTEIRO, Rosa; MASSANO-CARDOSO, Ilda y SILVA, Alexandre (2017). «Quality of life related to the health and socio-economic resources of the elderly». *European Psychiatry*, 41(S1), S694-S695.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1222>
- DARMON, Nicole y DREWNOSKI, Adam (2008). «Does social class predict diet quality?». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1107-1117.
<<https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>>
- ELIZALDE-SAN MIGUEL, Begoña (2018). «¿Femenino e informal?: El modelo tradicional de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica». *Revista Prisma Social*, 21(1), 243-262. Recuperado de <<https://revistaprismasocial.es/article/view/2466>>.
- ELIZALDE-SAN MIGUEL, Begoña y DÍAZ-GANDESEGUI, Vicente (2016). «Aging in rural areas of Spain: The influence of demography on care strategies». *The History of the Family*, 21(2), 214-230.
<<https://doi.org/10.1080/1081602X.2016.1157828>>
- EUROPEAN COMMISSION (2020). *Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU – 2020 edition*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Recuperado de <<https://data.europa.eu/doi/10.2785/628105>>.
- FANTOVA, Fernando (2015). «Crisis de los cuidados y servicios sociales». *Zerbitzuan*, 60(1), 47-62.
<<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.60.04>>
- FERNÁNDEZ-CARRO, Celia (2014). «Ageing at home, co-residence or institutionalisation?: Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain». *Ageing and Society*, 36(3), 586-612.
<<https://doi.org/10.1017/S0144686X1400138X>>
- FLORIDI, Ginevra; CARRINO, Ludovico y GLASER, Karen (2021). «Socioeconomic Inequalities in Home-Care Use Across Regional Long-Term Care Systems in Europe». *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(1), 121-132.
<<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa139>>
- GARCÍA-CALDERÓ, Gemma y SOSPEDRA-MARTÍNEZ, Enric (2023). «Evaluación de la equidad en el acceso a los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de

- Salud español mediante el régimen de copago del RDL 16/2012». *Revista Iberoamericana de Bioética*, 22(1), 1-15.
<<https://doi.org/10.14422/rib.i22.y2023.006>>
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada y EGUIGUREN, Ana P. (2004). «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad». *Gaceta Sanitaria*, 18(supl. 1), 132-139.
<<https://doi.org/10.1157/13062262>>
- GARCÍA GARCÍA, Javier; ELICES ACERO, Álvaro; ROSA GIMENO, Pablo de la y PRIETO LOBATO, Juan María (2025). «Factores de abandono en proyectos de cuidados de larga duración: Análisis de los proyectos A Gusto en Mi Casa, INTecum y Rural Care». *European Public & Social Innovation Review*, 11(1), 1-21.
<<https://doi.org/10.31637/epsir-2026-1869>>
- GARCÍA-GÓMEZ, Pilar; HERNÁNDEZ-PIZZARO, Helena M.; LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem y VIDIELLA-MARTÍN, Joaquim (2019). «Unravelling Hidden Inequities in a Universal Public Long-Term Care System». *Tinbergen Institute Discussion Papers 2019-011/V*.
<<https://doi.org/10.2139/ssrn.3329198>>
- GARCÍA-GÓMEZ, Pilar; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, Cristina; JIMÉNEZ-RUBIO, Dolores y OLIVA-MORENO, Juan (2015). «Inequity in long-term care use and unmet need: Two sides of the same coin». *Journal of Health Economics*, 39(1), 147-158.
<<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.11.004>>
- GONZÁLEZ CASAS, David; DUCCA CISNEROS, Linda Vanina y GARCÍA ROMÁN, Carlota (2020). «La incidencia del apoyo social comunitario en la calidad de vida de personas con discapacidad». *Siglo Cero*, 51(3), 83-103.
<<https://doi.org/10.14201/scero202051383103>>
- HERNÁNDEZ PEDREÑO, Manuel (2008). «Estructura social y desigualdades en salud». *Revista Española de Sociología*, 2(1). Recuperado de <<https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64868>>.
- HYDE, Martin; WIGGINS, R. D.; HIGGS, Paul y BLANE, D. B. (2003). «A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19)». *Ageing & Mental Health*, 7(3), 186-194.
<<https://doi.org/10.1080/1360786031000101157>>
- ILINCA, Stefania; RODRIGUES, Ricardo y SCHMIDT, Andrea E. (2017). «Fairness and Eligibility to Long-Term Care: An Analysis of the Factors Driving Inequality and Inequity in the Use of Home Care for Older Europeans». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1224.
<<https://doi.org/10.3390/ijerph14101224>>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2025). *Encuesta de salud de España 2023*. Madrid. Recuperado de <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Eestadistica_C&cid=1254736177114&menu=resultados&cidp=1254735573175#_tabs-1254736195902>.
- JIMÉNEZ-MARTÍN, Sergi y VILAPLANA PRIETO, Cristina (2012). «The trade-off between formal and informal care in Spain». *The European Journal of Health Economics*, 13(1), 461-490.
<<https://doi.org/10.1007/s10198-011-0317-z>>
- LAFERRÈRE, Anne y BOSCH, Karel van den (2015). «Unmet need for long-term care and social exclusion». En: BÖRSH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M. y WEBER, G. *Ageing in Europe: Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlín: De Gruyter, 331-342.
<<https://doi.org/10.1515/9783110444414-032>>

- LERA, Javier; PASCUAL-SÁEZ, Marta y CANTARERO-PRIETO, David (2020). «Socioeconomic inequality in the use of long-term care among European older adults: An empirical approach using the SHARE Survey». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 20.
<<https://doi.org/10.3390/ijerph18010020>>
- MARRERO QUEVEDO, Rosario J. y CARBALLEIRA ABELLA, Mónica (2010). «El papel del optimismo y el apoyo social en el bienestar subjetivo». *Salud Mental*, 33(1), 39-46.
- MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel (2024). «Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145(1), 99-126.
<<https://doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>>
- MATANIĆ VAUTMANS, Maja; OREB, Marijana y DREZGIĆ, Saša (2023). «Socioeconomic inequality in the use of long-term care for the elderly in Europe». *Public Sector Economics - Submission Site*, 47(2), 149-176.
<<https://doi.org/10.3326/pse.47.2.1>>
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030 (2024). *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: Un proceso de desinstitutionalización (2024-2030)*. Madrid: Gobierno de España.
- MORENO, Luis (2002). «Bienestar mediterráneo y “supermujeres”». *Revista Española de Sociología*, 2(1), 41-56. Recuperado de <<https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64862>>.
- NEUFELD, Anne y HARRISON, Margaret J. (1995). «Reciprocity and Social Support in Caregivers' Relationships: Variations and Consequences». *Qualitative Health Research*, 5(1), 348-365.
<https://doi.org/10.1177/104973239500500306>
- OECD (2017). *Preventing Ageing Unequally*. París: OECD Publishing.
<<https://doi.org/10.1787/9789264279087-en>>
- (2022). *Evolving Family Models in Spain: A New National Framework for Improved Support and Protection for Families*. París: OECD Publishing.
<<https://doi.org/10.1787/c27e63ab-en>>
- OFICINA NACIONAL DE PROSPECTIVA Y ESTRATEGIA (2021). *España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Madrid: Gobierno de España.
- OKUNRINTEMI, Victor; KHERA, Rohan; SPATZ, Erica S.; SALAMI, Joseph A.; VALERO-ELIZONDO, Javier; WARRAICH, HAIDER, J.; VIRANI, Salim S.; BLANKSTEIN, Ron; BLAHA, Michael J.; PAWLIK, Timothy M.; DHARMARAJAN, Kumar; KRUMHOLZ, Harlan M. y NASIR, Khurram (2019). «Association of Income Disparities with Patient-Reported Healthcare Experience». *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 884-892.
<<https://doi.org/10.1007/s11606-019-04848-4>>
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2019). *Datos del Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019*. Ginebra: OIT.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.
- (2020). *Decade of Healthy Ageing*. Ginebra: OMS.
- PÉREZ DÍAZ, Julio; RAMIRO FARIÑAS, Diego; ACEITUNO NIETO, Pilar; ESCUDERO MARTÍNEZ, Jesús; BUENO LÓPEZ, Clara; CASTILLO BELMONTE, Ana Belén; OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia; FERNÁNDEZ MORALES, Isabel y VILLUENDAS HIJOSA, Begoña (2023). «Un perfil de las personas mayores en España, 2023: Indicadores

- estadísticos básicos». *Informes: Envejecimiento en red*, 30. Madrid: CSIC. Recuperado de <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>>.
- PÉREZ OROZCO, Amaia (2021). «Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico». *Revista de Economía Crítica*, 1(5), 8-37. Recuperado de <<https://revistaeconomiacritica.org/index.php/rec/article/view/388>>.
- PICKETT, Kate E.; JAMES, Oliver W. y WILKINSON, Richard G. (2006). «Income inequality and the prevalence of mental illness: A preliminary international analysis». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(7), 646-647. <<https://doi.org/10.1136/jech.2006.046631>>
- RODRIGUES, Ricardo; ILINCA, Stefania y SCHMIDT, Andrea E. (2017). «Inequality and inequity in the use of long-term care services in Europe: Is there reason for concern?». *Eurohealth*, 23(4), 7-10. Recuperado de <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332612/Eurohealth-23-4-7-10-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- RÖZER, Jesper y KRAAYKAMP, Gerbert (2013). «Income Inequality and Subjective Well-being: A Cross-National Study on the Conditional Effects of Individual and National Characteristics». *Social Indicators Research*, 113(1), 1009-1023. <<https://doi.org/10.1007/s11205-012-0124-7>>
- SÁNCHEZ SALMERÓN, Víctor; PÉREZ ERANSUS, Begoña y MARTÍNEZ VIRTO, Lucía (2021). «El modelo español de cuidados de larga duración ante el desafío de la desigualdad: El reto de garantizar apoyos adecuados para la población dependiente más vulnerable». *Revista Prisma Social*, 32(1), 167-195. Recuperado de <<https://revistaprismasocial.es/article/view/4080>>.
- SAPOLSKY, Robert M. (2005). «The influence of social hierarchy on primate health». *Science*, 308(5722), 648-652. <<https://doi.org/10.1126/science.1106477>>
- SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2024). *Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres. Estatal: Datos 2023*. Madrid: Observatorio de las Ocupaciones.
- SHARE-ERIC (2024). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9. Release version: 9.0.0*. SHARE-ERIC. Data set. <<https://doi.org/10.6103/SHARE.w9.900>>
- SOLÉ-AURÓ, Aïda; ZUERAS, Pilar; LOZANO, Mariona y RENTERÍA, Elisenda (2022). «Gender Gap in Unhealthy Life Expectancy: The Role of Education Among Adults Aged 45». *International Journal of Public Health*, 67(1), 1604946. <<https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604946>>
- SPIJKER, Jeroen J. A. y RENTERÍA, Elisenda (2023). «Shifts in Chronic Disease Patterns among Spanish Older Adults with Multimorbidity Between 2006 and 2017». *International Journal of Public Health*, 68(1), 1606259. <<https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606259>>
- TOBÍO, Constanza (2010). «Demographic Change, Intergenerational Solidarity, and Social Policy». *Journal of Intergenerational Relationships*, 8(4), 431-433. <<https://doi.org/10.1080/15350770.2010.521098>>
- URBANO MOLINA, Clara (2023). *Economía de los cuidados, desigualdad de género y pobreza*. Madrid: European Anti Poverty Network.
- VAN DOORSLAER, Eddy; KOOLMAN, Xander y JONES, Andrew M. (2004). «Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe». *Health Economics*, 13(7), 629-647. <<https://doi.org/10.1002/HEC.919>>

- VERDUGO ALONSO, Miguel A.; ARIAS MARTÍNEZ, Benito; GÓMEZ SÁNCHEZ, Laura E. y SCHALOCK, Robert L. (2008). *Formulari de l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida: Manual d'aplicació de l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida*. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.
- VERDUGO ALONSO, Miguel A.; SCHALOCK, Robert L.; GÓMEZ SÁNCHEZ, Laura E. y ARIAS MARTÍNEZ, Benito (2007). «Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: La Escala GENCAT». *Siglo Cero*, 38(4), 57-72.
- VILAPLANA PRIETO, Cristina; JIMÉNEZ-MARTÍN, Sergi y GARCÍA GÓMEZ, Pilar (2011). «Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa». *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 115-124.
<<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.004>>
- VLACHANTONI, Athina; SHAW, Richard John; EVANDROU, Maria y FALKINGHAM, Jane (2015). «The determinants of receiving social care in later life in England». *Ageing and Society*, 35(2), 321-345.
<<https://doi.org/10.1017/S0144686X1300072X>>
- WILKINSON, Richard G. y PICKETT, Kate E. (2007). «The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others». *Social Science & Medicine (1982)*, 65(9), 1965-1978.
<<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.041>>
- YILMAZ, Yasemin; LASSON, Stephanie; HANNEMANN, Tessa-Virginia; SCHULLER, Karin y BÖRSCH-SUPAN, Axel (2023). *SHARE Compliance Profiles – Wave 9*. Berlín: SHARE Berlin Institute.

Anexos

Anexo I. Contraste de hipótesis: Percepción de estado de salud según decil económico (H1)

Decil	N	Rango promedio	Suma de rangos
1	93	100,39	9.336,00
10	82	73,95	6.064,00

Estadísticos de prueba

U de Mann-Whitney	2.661,000
W de Wilcoxon	6.024,000
Z	-3,593
Sign. asin. (bilateral)	<0,001

Fuente: elaboración propia.

Anexo II. Contraste de hipótesis: Calidad de vida según decil económico (H2)

Decil	N	Rango promedio	Suma de rangos
1	88	77,48	6.378,00
10	78	95,94	7.483,00

Estadísticos de prueba

U de Mann-Whitney	2.462,000
W de Wilcoxon	6.378,000
Z	-3,143
Sign. asin. (bilateral)	0,002

Fuente: elaboración propia.

Anexo III. Contraste de hipótesis: Grado de dependencia según decil económico (H3)

Decil	N	Rango promedio	Suma de rangos
1	94	102,29	9.615,00
10	82	72,70	5.961,00

Estadísticos de prueba

U de Mann-Whitney	2.558,000
W de Wilcoxon	5.961,000
Z	-4,173
Sign. asin. (bilateral)	<0,001

Fuente: elaboración propia.

Anexo IV. Contraste de hipótesis: Recepción de apoyo formal personal en el hogar (H4.1.)

		Decil		
		Decil 1	Decil 10	Total
No	Recuento	86	79	165
	Recuento esperado	88,1	76,9	165,0
	% fila	52,1%	47,9%	100,0%
	% columna	91,5%	96,3%	93,8%
Sí	Recuento	8	3	11
	Recuento esperado	5,9	5,1	11,0
	% fila	72,7%	27,3%	100,0%
	% columna	8,5%	3,7%	6,3%
Total	Recuento	94	82	176
	Recuento esperado	94,0	82,0	176,0
	% fila	53,4%	46,6%	100,0%
	% columna	100,0%	100,0%	100,0%

Estadísticos de prueba					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,760	1	0,185		
Corrección de continuidad	1,029	1	0,310		
Razón de verosimilitud	1,837	1	0,175		
Prueba exacta de Fisher				0,224	0,155
Asociación lineal por lineal	1,750	1	0,186		
N de casos válidos	176				

Fuente: elaboración propia.

Anexo V. Contraste de hipótesis: Recepción de apoyo formal para tareas domésticas (H4.2.)

		Decil		
		Decil 1	Decil 10	Total
No	Recuento	84	75	159
	Recuento esperado	84,9	74,1	159,0
	% fila	52,8%	47,2%	100,0%
	% columna	89,4%	91,5%	90,3%
Sí	Recuento	10	7	17
	Recuento esperado	9,1	7,9	17,0
	% fila	58,8%	41,2%	100,0%
	% columna	10,6%	8,5%	9,7%
Total	Recuento	94	82	176
	Recuento esperado	94,0	82,0	176,0
	% fila	53,4%	46,6%	100,0%
	% columna	100,0%	100,0%	100,0%

Estadísticos de prueba					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,222	1	0,638		
Corrección de continuidad	0,046	1	0,830		
Razón de verosimilitud	0,223	1	0,637		
Prueba exacta de Fisher				0,799	0,417
Asociación lineal por lineal	0,220	1	0,639		
N de casos válidos	176				

Fuente: elaboración propia.

Anexo VI. Contraste de hipótesis: Recepción de apoyo formal de comidas en el hogar (H4.3.)

		Decil		
		Decil 1	Decil 10	Total
No	Recuento	90	81	171
	Recuento esperado	91,3	79,7	171,0
	% fila	52,6%	47,4%	100,0%
	% columna	95,7%	98,8%	97,2%
Sí	Recuento	4	1	5
	Recuento esperado	2,7	2,3	5,0
	% fila	80,0%	20,0%	100,0%
	% columna	4,3%	1,2%	2,8%
Total	Recuento	94	82	176
	Recuento esperado	94,0%	82,0%	176,0%
	% fila	53,4%	46,6%	100,0%
	% columna	100,0%	100,0%	100,0%

Estadísticos de prueba

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,462	1	0,227		
Corrección de continuidad	0,569	1	0,451		
Razón de verosimilitud	1,583	1	0,208		
Prueba exacta de Fisher				0,374	0,229
Asociación lineal por lineal	1,454	1	0,228		
N de casos válidos	176				

Fuente: elaboración propia.

Anexo VII. Contraste de hipótesis: Recepción de apoyo formal en otras tareas (H4.4.)

		Decil		Total
		Decil 1	Decil 10	
No	Recuento	91	81	172
	Recuento esperado	91,9	80,1	172,0
	% fila	52,9%	47,1%	100,0%
	% columna	96,8%	98,8%	97,7%
Sí	Recuento	3	1	4
	Recuento esperado	2,1	1,9	4,0
	% fila	75,0%	25,0%	100,0%
	% columna	3,2%	1,2%	2,3%
Total	Recuento	94	82	176
	Recuento esperado	94,0	82,0	176,0
	% fila	53,4%	46,6%	100,0%
	% columna	100,0%	100,0%	100,0%

Estadísticos de prueba					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,767	1	0,381		
Corrección de continuidad	0,136	1	0,712		
Razón de verosimilitud	0,809	1	0,368		
Prueba exacta de Fisher				0,624	0,363
Asociación lineal por lineal	0,762	1	0,383		
N de casos válidos	176				

Fuente: elaboración propia.

Anexo VIII. Contraste de hipótesis: Recepción de apoyo informal por deciles (H4.5.)

		Decil		
		Decil 1	Decil 10	Total
Sí	Recuento	20	9	29
	Recuento esperado	15,5	13,5	29,0
	% fila	69,0%	31,0%	100,0%
	% columna	21,3%	11,0%	16,5%
No	Recuento	74	73	147
	Recuento esperado	78,5	68,5	147,0
	% fila	50,3%	49,7%	100,0%
	% columna	78,7%	89,0%	83,5%
Total	Recuento	94	82	176
	Recuento esperado	94,0	82,0	176,0
	% fila	53,4%	46,6%	100,0%
	% columna	100,0%	100,0%	100,0%

Estadísticos de prueba					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,377	1	0,066		
Corrección de continuidad	2,670	1	0,102		
Razón de verosimilitud	3,467	1	0,063		
Prueba exacta de Fisher				0,071	0,050
Asociación lineal por lineal	3,358	1	0,067		
N de casos válidos	176				

Fuente: elaboración propia.

Anexo IX. Contraste de hipótesis: Prestación de apoyo informal por deciles (H5)

		Decil			
		Decil 1	Decil 10	Total	
Sí	Recuento	14	14	28	
	Recuento esperado	15,0	13,0	28,0	
	% fila	50,0%	50,0%	100,0%	
	% columna	14,9%	17,1%	15,9%	
No	Recuento	80	68	148	
	Recuento esperado	79,0	69,0	148,0	
	% fila	54,1%	45,9%	100,0%	
	% columna	85,1%	82,9%	84,1%	
Total	Recuento	94	82	176	
	Recuento esperado	94,0	82,0	176,0	
	% fila	53,4%	46,6%	100,0%	
	% columna	100,0%	100,0%	100,0%	
Estadísticos de prueba					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,156	1	0,693		
Corrección de continuidad	0,035	1	0,851		
Razón de verosimilitud	0,155	1	0,694		
Prueba exacta de Fisher				0,837	0,424
Asociación lineal por lineal	0,155	1	0,694		
N de casos válidos	176				

Fuente: elaboración propia.