



¿QUIÉN NOS CUIDARÁ EN 2050? POLÍTICAS DE CUIDADOS EN BRASIL Y ESPAÑA

José Manuel Peixoto Caldas*

10 de septiembre de 2026

Resumen

El envejecimiento demográfico plantea importantes desafíos para la organización y sostenibilidad de los cuidados de larga duración. Este trabajo analiza comparativamente las políticas de atención a la dependencia en España y Brasil, atendiendo a su marco normativo, financiación, cobertura y desarrollo institucional. España cuenta con un sistema consolidado, articulado mediante la Ley 39/2006, aunque persisten dificultades de acceso, desigualdades territoriales y limitaciones en la provisión de servicios. Brasil ha iniciado la construcción de una política nacional de cuidados basada en los derechos y la corresponsabilidad social. El análisis evidencia dos desafíos diferenciados: mejorar la capacidad y eficacia del sistema español y consolidar la estructura institucional y la cobertura del modelo brasileño.

1. Introducción

Vivimos un momento caracterizado por una revolución demográfica que está transformando de manera profunda las estructuras sociales, económicas y culturales a nivel global. La revolución se caracteriza como un proceso de transformación o ruptura social que modifica la composición y la estructura de las colectividades humanas (Kalache, 2014). En este contexto, el envejecimiento poblacional, además de ser un hecho innegable, es uno de los mayores desafíos de la humanidad en el siglo XXI. Entre los desafíos, se destacan

los cambios en los medios de producción, en los sistemas económicos, en las formas de gestionar el curso de vida y en la oferta de servicios y acciones programáticas de salud (Minayo; Firmo, 2019; WHO, 2022).

Se estima que, en 2050, una cuarta parte de la población mundial estará compuesta por personas de 60 años o más, y que un tercio de esta población presentará enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y demandas de cuidados (Yasobant, 2018). Aunque la transición demográfica ha afectado al mundo en su conjunto, los países europeos han experimentado este proceso de manera más lenta y gradual, mientras que, en algunos países, como Brasil y China, ha ocurrido de forma abrupta y acelerada. Según proyecciones del Foro Económico Mundial (2024), en 2050 el 80% de las

* Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa – Paraíba, Brasil. El autor agradece a la Fundación Carolina la posibilidad de llevar a cabo esta investigación en el marco del Proyecto: “¿Quién cuidará de nosotros en 2050? Desafíos y oportunidades de las políticas de cuidados de larga duración en Brasil y España”.



personas mayores estarán en países de ingresos bajos y medios, precisamente los que envejecen más rápidamente. Ante este escenario, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó a los países de las Américas a consolidar políticas de cuidados de larga duración y sistemas de salud, ya que se supone que en tres décadas la población mayor se triplicará, pasando de 8 millones a 30 millones (WHO, 2022).

Por cuidados de larga duración (CLD) se entiende, según la World Health Organization (WHO, 2022), “una amplia gama de servicios y apoyos personales, sociales y médicos que garantizan que las personas con, o en riesgo de, una pérdida significativa de capacidad intrínseca (debido a enfermedad y discapacidad mental o física) puedan mantener un nivel de capacidad funcional consistente con sus derechos básicos y dignidad humana”. En este contexto, se constituyen como pilares de la planificación de acciones en el campo del envejecimiento la evaluación de dominios como la salud física y mental, la cognición, el bienestar psicológico y aspectos relacionados con la funcionalidad, el apoyo social y el entorno (Feng, 2019; Corrêa *et al.*, 2021). De estos, la evaluación funcional ha sido importante para dimensionar las necesidades de recursos humanos para los cuidados de larga duración y ha sido abordada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los parámetros más importantes para la evaluación de la salud en la vejez (WHO, 2022).

En esta discusión, la configuración de cómo se ofrecen los cuidados de larga

duración depende de una compleja coyuntura del papel del Estado en la regulación de la vida social, así como de contratos sociales establecidos entre la familia, el mercado y la sociedad (Horta *et al.*, 2021; Minayo *et al.*, 2021; Mrejen, Nunes y Giacomini, 2023; Wachholz *et al.*, 2022). Si bien la promoción del envejecimiento activo y saludable es ampliamente recomendada por las políticas vigentes en Brasil —como se observa en la Constitución de 1988, la Política Nacional de la Persona Mayor de 1994, la Política Nacional de Salud de la Persona Mayor de 2006 y el Estatuto de la Persona Mayor de 2003—, los cuidados ofrecidos a las personas con limitaciones funcionales suelen ser relegados exclusivamente a la familia (Mrejen, Nunes y Giacomini, 2023). Se discute, entonces, la extensión y el alcance de las ofertas para cubrir las demandas impuestas por la vejez con dependencia. En Brasil están en curso importantes debates sobre la elaboración de políticas de cuidados continuados, cuyo enfoque es la integración de los servicios, el fortalecimiento de los sistemas de apoyo y la optimización de los recursos sociales y familiares para el cuidado de las personas mayores (Brasil, 2024; Wachholz *et al.*, 2022).

Ante este escenario, se suma al debate la necesidad de ampliar y cualificar la oferta de cuidados formales, proporcionados por servicios, e informales, asociados a la familia; estos elementos deben ser considerados en la planificación de políticas a medio y largo plazo. Por último, a largo plazo, se establece la siguiente cuestión orientadora: “¿Quién cuidará de nosotros en 2050?” (Sloane *et*



al., 2014; Trintinaglia *et al.*, 2022). Se eligió el año 2050 por ser el período en el que la población brasileña comenzará a disminuir, observándose también un aumento sin precedentes de personas mayores longevas, es decir, aquellas que han superado los 80 años, junto con una reducción gradual de los nacimientos y de los grupos etarios más jóvenes (Camarano y Fernandes, 2022; Mrejen, Nunes y Giacomini, 2023).

Si bien la discusión sobre el envejecimiento es reciente en Brasil — iniciándose en 1961 con la creación de la Sociedad Brasileña de Geriatria y Gerontología (SBGG), y en las décadas de 1980 y 1990, con la creación de los primeros programas de posgrado en Gerontología—, las demandas asociadas al envejecimiento son emergentes y requieren mayores inversiones. Los estudios indican que Brasil no está preparado para cuidar de sus personas mayores, lo que se refleja, por ejemplo, en el bajo número de profesionales formados en geriatría y gerontología, en la ausencia de programas de atención domiciliaria, en la escasez de servicios comunitarios de larga duración y en la falta de apoyo estatal a las instituciones de larga permanencia para personas mayores (Domingues *et al.*, 2021; Mrejen, Nunes y Giacomini, 2023; Oliveira y Silva, 2024a; Oliveira y Silva, 2024b; Wachholz *et al.*, 2022).

Si no se hace nada, la hipótesis de este trabajo es que la sociedad brasileña se encontrará al borde del “apocalipsis del

descuido”, dejando al margen a millones de personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y no tienen acceso a ellos. Se estima que, si los parámetros se mantienen estables, esta realidad afectará aproximadamente a 4,8 millones de personas mayores para 2030 (Camarano y Fernandes, 2022). Ante este escenario, resulta urgente investigar qué piensan las personas adultas y mayores sobre cómo desean ser cuidadas en caso de necesitarlo, así como recopilar propuestas de afrontamiento entre especialistas, investigadores y gestores de CLD, con el fin de incorporar en la agenda y en los procesos de toma de decisiones acciones de planificación que permitan que el envejecimiento sea asistido y esté bien orientado en las próximas décadas.

2. Marco teórico: del imaginario a la realidad social

Durante décadas, las principales preocupaciones de las políticas públicas y del imaginario social se centraron en la mortalidad prematura. Hoy, sin embargo, el riesgo predominante es el prolongamiento de la vida sin garantía de calidad: un aumento de la longevidad que no va acompañado del acceso a cuidados, los cuales resultan inaccesibles para amplios sectores de la población. El incremento de la esperanza de vida ha ido acompañado de un aumento de los años vividos con morbilidad crónica, fragilidad, aislamiento social y pérdida de autonomía funcional (OMS, 2015), como la imagen de abajo refleja.



Fuente: Diario El Español de 2 junio 2026

Este fenómeno constituye una de las amenazas más relevantes para la estabilidad del Estado de bienestar. En la práctica, la sostenibilidad financiera suele sustentarse en la externalización temporal de los cuidados, lo que conduce a retrocesos en la cobertura y a respuestas insuficientes para las necesidades de las personas dependientes (Esping-Andersen, 1990; Morel *et al.*, 2012). La dependencia debe entenderse como un problema multidimensional: sanitario, social, económico, laboral y psicosocial (Leichsenring y Alaszewski, 2004). En España, aunque la quiebra financiera derivada de un tratamiento agudo es poco habitual, los costes acumulados asociados a años de deterioro funcional de un progenitor o familiar que requiere asistencia diaria pueden conducir al empobrecimiento sostenido de hogares y redes familiares (García-Altés *et al.*, 2018).

El sistema público de atención a la dependencia presenta retrasos estructurales y carencias significativas en

diversos indicadores de calidad y cobertura. Una parte sustancial del cuidado continúa recayendo en cuidadores informales (fundamentalmente mujeres, familiares directos y cónyuges), lo que genera importantes externalidades en términos de desigualdad de género y participación laboral (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

Evidencia reciente señala que más del 63% de las personas mayores de 65 años con limitaciones severas en las actividades básicas de la vida diaria no reciben una atención efectiva por parte del sistema público de dependencia. Asimismo, se estima que cerca de un centenar de personas fallecen diariamente mientras esperan el reconocimiento o la prestación correspondiente. Estos datos ponen de manifiesto deficiencias tanto en la provisión pública como en los mecanismos de acceso y adjudicación de prestaciones.



Por su parte, el informe “El derecho al cuidado y la economía de los cuidados en España”, impulsado desde el ámbito académico y social, estima que el valor económico de los cuidados no remunerados proporcionados por familias y cuidadores informales equivale aproximadamente al 4% del PIB. Esta cifra evidencia la magnitud de una externalidad que permanece invisibilizada en las cuentas nacionales (Rodríguez y Sánchez, 2025). En consecuencia, una proporción relevante del sistema de cuidados se sostiene sobre aportaciones privadas no remuneradas, que no se reflejan en los indicadores fiscales convencionales.

Estos desequilibrios se manifiestan antes de materializarse plenamente en la transición demográfica proyectada: España afronta una de las transformaciones poblacionales más intensas de Europa, caracterizada por el aumento de la proporción de personas mayores, la contracción de la población en edad laboral y una mayor prevalencia de situaciones de dependencia (INE, 2023). La presión conjunta sobre pensiones, sistema sanitario y cuidados de larga duración genera tensiones fiscales y organizativas relevantes (Barr y Diamond, 2008).

Se plantea, por consiguiente, una cuestión central de análisis y de política pública: hasta qué punto resulta plausible que el

Estado pueda absorber, de manera aislada, la totalidad de la futura demanda de cuidados. A la luz de la persistente parálisis administrativa y de la ausencia de reformas estructurales en la gestión, la gobernanza y la organización del sistema sanitario, dicha hipótesis parece difícilmente sostenible. Si bien una mayor eficiencia administrativa podría liberar recursos relevantes para atender otras necesidades sociales, la evidencia comparada sugiere que aquellos países que articulan la provisión pública con instrumentos de protección y mecanismos mixtos exhiben una mayor resiliencia frente al envejecimiento.

El debate público en España requiere un enfoque riguroso, responsable y basado en evidencia técnica. No se trata únicamente de una discusión ideológica, sino de un desafío con profundas implicaciones demográficas, sociales y cuantitativas. Según el informe citado, alcanzar niveles adecuados de cobertura implicaría movilizar aproximadamente 16.000 millones de euros adicionales hasta 2030 (Rodríguez y Sánchez, 2025). Esta dimensión obliga a analizar fuentes de financiación sostenibles, así como a considerar modelos organizativos innovadores y eficientes.

Conviene observar este diagrama de políticas públicas (tabla 1) antes de proceder a su aplicación.

TABLA 1. ¿Cómo se construyen las políticas públicas?



Aunque el diagnóstico central —la necesidad de situar la dependencia como prioridad social— parece justificado, la dimensión estructural del reto obliga a reconocer límites: un aumento sustancial del gasto público y mejoras administrativas, por sí solos, probablemente no bastarán para cubrir toda la demanda futura. Existen restricciones en recursos financieros, disponibilidad de profesionales sanitarios y sociales y oferta de cuidadores; además, la capacidad presupuestaria puede resultar insuficiente frente a las demandas proyectadas (Martínez y Pérez, 2021).

España ya destina una proporción elevada del PIB —aproximadamente el 17%— al gasto en pensiones, con una tendencia al alza que reduce el margen fiscal para nuevas expansiones significativas sin ajustes compensatorios (OCDE, 2022). A ello se suma el incremento de las necesidades sanitarias y, de forma creciente, de las necesidades sociales

vinculadas a la dependencia. Por tanto, el diseño de políticas públicas debe ir más allá de la mera demanda de más recursos y orientarse hacia la construcción de un sistema de cuidados sostenible, realista y resiliente.

En este contexto, resulta pertinente promover mecanismos complementarios de previsión, como los seguros de dependencia, los sistemas mixtos de financiación y los incentivos a la previsión individual, integrados en una estrategia coherente de política pública. No se trata de dismantelar la provisión pública ni de introducir instrumentos que incrementen la vulnerabilidad financiera de los hogares, sino de ampliar las alternativas de cobertura y mitigar riesgos. En esa línea, los instrumentos privados o semiprivados, siempre que estén debidamente regulados e incentivados fiscalmente, pueden complementar la red pública sin sustituirla, siempre que se diseñen bajo



criterios de equidad, transparencia y sostenibilidad

La experiencia internacional ofrece lecciones valiosas: Alemania instauró hace décadas un seguro obligatorio de dependencia, mientras que otros países han desarrollado esquemas mixtos que combinan una provisión pública universal con componentes obligatorios, incentivos a la protección privada y medidas de apoyo a las personas cuidadoras (Leichsenring, 2007). En España, en cambio, con frecuencia se amplían las prestaciones sin un marco suficientemente claro de financiación sostenible, en un contexto marcado por el envejecimiento demográfico y por la disminución de la relación entre personas cotizantes y pensionistas.

En este sentido, la agenda de políticas públicas debería estructurarse en dos líneas complementarias. En primer lugar, preservar y reforzar una red pública básica, universal y de calidad. En segundo lugar, fomentar de manera activa la protección complementaria mediante incentivos fiscales, productos financieros garantizados y regulados, estímulos a la participación empresarial en soluciones de cuidado y políticas de alfabetización social sobre los riesgos y costes asociados a la dependencia. El desconocimiento de la magnitud de esos costes —residencias, cuidadores, adaptación del hogar, atención domiciliaria, cuidados sanitarios continuados o pérdida de ingresos familiares— contribuye a infravalorar el problema y a reducir la demanda de instrumentos de previsión.

Promover mecanismos privados complementarios, dentro de un marco regulatorio y redistributivo adecuado, no implica necesariamente debilitar el Estado de bienestar; por el contrario, puede contribuir a su sostenibilidad y evitar el deterioro económico de numerosos hogares. El verdadero fracaso de la política pública sería permitir que millones de personas alcanzaran la dependencia sin apoyos suficientes, con familias empobrecidas y sin capacidad real de decidir sobre las condiciones en que desean transitar una etapa especialmente vulnerable de la vida.

3. Análisis comparativo del marco legal español y brasileño

Tanto España como Brasil cuentan con marcos normativos para proteger a las personas dependientes (véase tabla 2), aunque difieren en su antigüedad, nivel de desarrollo jurídico y descentralización.

En España, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) está regulado por la Ley 39/2006. Es un sistema universal consolidado y descentralizado (gestionado por las comunidades autónomas). Financiado de modo mixto, reconoce subjetivamente el derecho a servicios y prestaciones a quienes acreditan dependencia.

En Brasil, el derecho al cuidado está establecido en la Ley 15.069, que instituyó la Política Nacional de Cuidados. Aprobada en 2024, esta ley funciona como un marco estratégico integral que obliga al Estado a desarrollar servicios de atención, y a formalizar y dignificar la labor de los cuidadores.

TABLA 2. Comparativa de los marcos normativos para proteger a las personas dependientes

Característica 	España (Ley 39/2006)	Brasil (Ley 15.069)
Año de creación	2006 (reformada y actualizada continuamente)	2024
Naturaleza jurídica	Derecho subjetivo exigible. El ciudadano tiene derecho legal a recibir una respuesta pública si cumple los requisitos.	Política pública de Estado que reconoce el cuidado como un derecho humano y promueve la corresponsabilidad.
Grados de dependencia	Evaluados y clasificados en tres grados: Grado I (dependencia moderada), Grado II (severa) y Grado III (gran dependencia).	Integral pero de aplicación gradual. Abarca a niños, personas mayores y personas con discapacidad.
Prestaciones principales	Servicio de teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, residencias y ayudas económicas directas al cuidador o para contratar asistencia.	Integración de servicios de salud, asistencia social, educación y trabajo para garantizar el cuidado y apoyar la economía de los cuidados.
Gestión territorial	Descentralizada. Las competencias están transferidas a las 17 comunidades autónomas, lo que genera diferencias regionales en plazos y gestión.	Corresponsabilidad entre el gobierno federal, estados, Distrito Federal y municipios.

Fuente: Elaboración propia a partir del Boletín Oficial del Estado (BOE) y Portal del Gobierno Federal (Gov.br).

Puntos clave de España

- Acceso y requisitos: para acceder al catálogo de servicios, se exige la residencia legal y efectiva en territorio español durante 5 años (2 de ellos inmediatamente anteriores a la solicitud).
- Reforma actual: los servicios de atención se continúan ampliando. Las últimas reformas eliminan incompatibilidades entre diferentes tipos de ayudas, garantizan la teleasistencia

como derecho y reducen trámites burocráticos.

- Financiación: el Estado y las comunidades autónomas trabajan por alcanzar la cofinanciación al 50% de todo el sistema.

Puntos clave de Brasil

- Enfoque de género y social: la Ley 15.069 nace con una fuerte perspectiva de género. Busca aliviar la carga de trabajo



de cuidados que tradicionalmente recae sobre las mujeres (especialmente negras y de bajos ingresos) y democratizar esta responsabilidad entre el Estado, el mercado y las familias.

- Implementación: al tratarse de una política reciente, su despliegue requiere el desarrollo de planes específicos a nivel municipal y estatal, incluyendo el impulso a redes de apoyo económico, capacitación y soporte previsional para los cuidadores informales.

Así, en España y Brasil, la protección pública ante la dependencia y la necesidad de cuidados ha evolucionado de manera diferente, aunque ambos países sitúan el cuidado como un derecho social fundamental mediante reformas e hitos legislativos específicos. A continuación, se comparan los marcos legales, enfoques y los requisitos de ambos sistemas.

España: la Ley de Dependencia (Ley 39/2006)

En España (véase tabla 3 y 5), el sistema está plenamente consolidado y estructurado a nivel estatal desde la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

- Modelo de atención: financiado de forma conjunta entre el Estado y las comunidades autónomas. Ofrece servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, residencias) y prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar o asistencia personal.
- Reformas recientes: a partir de reformas estructurales, se ha implementado un nuevo modelo de cuidados centrado exclusivamente en las preferencias individuales de la persona, eliminando trabas burocráticas previas e incompatibilidades horarias.
- Acceso para extranjeros (como ciudadanos brasileños): las personas sin nacionalidad española pueden beneficiarse del sistema público siempre que acrediten su residencia legal y efectiva en España durante un mínimo de 5 años, de los cuales al menos 2 deben ser inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.

TABLA 3. España: políticas iniciativas para los CLD

MARCO REGULATORIO	ESTRATEGIAS Y RESPUESTAS AL CUIDADO	SITUACIÓN ACTUAL
Ley 39/2006 Establece la obligación del Estado de cuidar a las personas mayores dependientes. Ley 41/2006 Garantiza el derecho a prestaciones de cuidado para personas mayores dependientes. Ley de Dependencia/2006 Crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).	- Cuidados domiciliarios - Centros de día - Residencias permanentes - Teleasistencia y tecnologías de apoyo - Prestaciones económicas para cuidadores familiares	Avances importantes Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) consolidado en todo el país. Cobertura en expansión Aumento del acceso, pero todavía con variaciones regionales. Desafíos persistentes Listas de espera, desigualdades territoriales y sostenibilidad financiera del sistema.

Brasil: la Política Nacional de Cuidados (Ley 15.069)

Brasil no disponía históricamente de una ley de dependencia universal estructurada del mismo modo que la española, de modo que la mayor parte de la carga de cuidados de forma informal e interna se

sustentaba en las familias. Sin embargo, el marco legislativo cambió drásticamente con la entrada en vigor de la normativa nacional de cuidados (véase tablas 4 y 5).

TABLA 4. Brasil: políticas e iniciativas para los CLD

MARCO REGULATORIO	PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS	SITUAÇÃO ATUAL
GTI (2023) Estructuración de la Política Nacional de Cuidados. PEC 14/2024 Reconocimiento del cuidado como derecho social. Política Nacional de Cuidados (Ley 15.069/2024) Institución de la Red Nacional de Cuidados.	- Programa Mayor Cuidado (BH) - Programa de Atención a Personas Mayores (PAI) – SP - Cuidados Paliativos - Línea de Cuidados para las Demencias - Proyecto Vida Digna en Casa (SNDI/MDHC)	Avances normativos con la creación de la Política Nacional de Cuidados. Cobertura limitada y desigual entre regiones y servicios. Acciones aún fragmentadas e integración incipiente entre sectores.

10

• Hito legislativo: la aprobación de la Ley 15.069 (Política Nacional de Cuidados) formalizó por primera vez una estrategia integral interministerial para blindar y

estructurar el bienestar de las personas dependientes y los adultos mayores.

• Modelo de atención: inspirándose en parte en los límites y aciertos del modelo español, el sistema brasileño busca crear



una red pública de soporte para aliviar el cuidado informal, promoviendo de

manera transversal la corresponsabilidad entre Estado, comunidades y familias.

TABLA 5. Análisis comparativo entre la política de cuidados de larga duración en España y Brasil

Dimensión	España	Brasil
Marco general	Sistema de dependencia más consolidado, con enfoque en la atención a personas con necesidad de apoyo prolongado	Política Nacional de Cuidados en desarrollo, articulada con un Plan Nacional de Cuidados para garantizar el derecho a cuidar, ser cuidado y autocuidarse
Objetivo principal	Dar cobertura a la situación de dependencia y organizar apoyos formales e informales para personas mayores y otras personas dependientes.	Ampliar y ordenar una respuesta pública al envejecimiento y la dependencia funcional, con énfasis en derechos y apoyo a familias cuidadoras.
Grado de madurez	Más institucionalizado y con mayor trayectoria normativa y administrativa.	Más reciente y en proceso de consolidación, con lineamientos y experiencias que buscan expandir capacidad pública.
Cobertura y acceso	Cobertura todavía limitada y con problemas de acceso, especialmente para ingresos medio-bajos.	Cobertura aún insuficiente y orientada a expansión progresiva de servicios y programas.
Modelo de provisión	Mezcla de servicios públicos, concertados y mercado; la atención familiar sigue siendo muy importante.	Búsqueda de un sistema público integral e integrado, con participación de comunidad y sector privado como complemento.
Papel de la familia	Alto peso del cuidado familiar y necesidad de desfamiliarizar parte de la atención.	También fuerte dependencia de las familias, con prioridad de aliviar la carga de cuidados no remunerados, sobre todo en mujeres.
Personas cuidadoras	Se reconoce la necesidad de apoyos, pero persisten desigualdades en acceso y en la redistribución del cuidado.	La política pone mucho énfasis en bienestar, formación, certificación y trabajo decente para cuidadoras remuneradas y no remuneradas.
Enfoque de derechos	Vinculado a la atención de la dependencia y a la protección social, con críticas por su limitada capacidad universal.	Marco explícito de derechos al cuidado, ser cuidado y autocuidado.
Coordinación sociosanitaria	La integración entre lo social y lo sanitario es un reto importante.	La coordinación también es un desafío, pero el documento de CEPAL insiste en sistemas integrales e integrados.
Retos principales	Mejorar cobertura, accesibilidad, apoyo comunitario y reducción de desigualdades socioeconómicas.	Consolidar oferta pública, definir estándares y escalar programas eficaces en un contexto de envejecimiento acelerado.

Fuente: Elaboración propia.

Diferencias clave

España tiene un sistema más desarrollado, pero con problemas claros de acceso, cobertura y desigualdad, especialmente para los hogares con menos recursos. Brasil, en cambio, está en una fase más reciente de construcción institucional y está intentando diseñar una política más integral, con fuerte énfasis en derechos, apoyo a cuidadoras y articulación de servicios.

Concluyendo, España representa un modelo más consolidado, pero con limitaciones de alcance, mientras que Brasil representa un proceso de diseño y expansión de una política nacional de cuidados más explícitamente orientada a derechos. En ambos casos (véase tabla 6), el gran desafío es pasar de la dependencia casi familiar a sistemas públicos más sólidos y coordinados.

TABLA 6. Análisis comparado de la organización de los servicios de CLD

 BRASIL	 ESPAÑA
 Instituciones de Larga Permanencia para Personas Mayores (ILPI)	 Apoyo domiciliario
 Atención domiciliaria	 Teleasistencia
 Centros de día (oferta aún limitada)	 Centros de día
 Iniciativas locales y programas municipales	 Residencias (permanentes o temporales)
	 Prestaciones económicas al cuidador familiar

4. Análisis comparado de los modelos de financiación y cobertura

A continuación (tabla 7), se ofrece una comparación técnica entre la Ley española de dependencia y la Política Nacional de Cuidados en Brasil, atendiendo al modelo, la financiación y la

cobertura. La diferencia más significativa es que España dispone de un sistema jurídico más maduro y funcional, mientras que Brasil ha aprobado una política nacional más reciente y todavía en proceso de despliegue.

TABLA 7. Comparativa técnica: modelo, financiación y cobertura

Dimensión	España: Ley 39/2006 / SAAD	Brasil: Política Nacional de Cuidados
Modelo	Sistema público de atención a la dependencia con derecho subjetivo de ciudadanía, organizado como red de utilización pública que integra centros y servicios públicos y privados concertados.	Política orientada al derecho al cuidado, a la corresponsabilidad social y de género, y al reconocimiento del cuidado como derecho humano y trabajo esencial.
Arquitectura institucional	Modelo descentralizado y cooperativo: Estado, comunidades autónomas y, en su caso, entidades locales; coordinación mediante Consejo Territorial.	Modelo de política nacional intersectorial en construcción, con coordinación federal y articulación de acciones y programas en diferentes áreas públicas.
Financiación	Sistema de financiación específico con tres niveles: nivel mínimo financiado íntegramente por el Estado, nivel acordado Estado-CCAA y nivel adicional autonómico; además, copago de beneficiarios según capacidad económica.	La política brasileña se presenta como una estrategia pública con iniciativas y presupuesto de implementación, pero su diseño es menos consolidado que el español; la CEPAL la enmarca como una política para ampliar corresponsabilidad pública y enfrentar desigualdades estructurales.
Cobertura	Derecho reconocido para personas dependientes que cumplen requisitos de residencia y grado; la cobertura es universal en el diseño, pero condicionada por valoración, grado y disponibilidad efectiva de servicios.	Cobertura orientada a toda persona que necesita cuidados, pero aún en fase de expansión institucional; el énfasis está en ampliar alcance y reconocer a quienes cuidan y reciben cuidados.
Acceso	Acceso ligado al reconocimiento administrativo de la situación de dependencia y al grado; el sistema prevé prestaciones y servicios, pero con fuerte presión territorial y de lista de espera.	Acceso concebido como derecho al cuidado, con foco en reducir desigualdades por género, clase, raza, etnia, discapacidad y edad.
Rol del beneficiario	El beneficiario participa en el coste mediante copago progresivo; el sistema distingue entre prestaciones y servicios.	El enfoque es menos contributivo y más redistributivo, priorizando corresponsabilidad social y apoyo a personas cuidadoras y dependientes.
Peso del cuidado informal	Alto, aunque la ley intenta reordenarlo mediante apoyos, prestaciones y profesionalización parcial del sistema.	Muy alto; la política busca reconocer y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado, históricamente realizado por mujeres.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley 39/2006, España vs. Política Nacional de Cuidados, Brasil.

En relación a los modelos, en España, la Ley 39/2006 configura un derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, con un sistema integrado y cooperativo entre administraciones. El diseño combina servicios, prestaciones económicas y coordinación territorial, con una base más cerrada y jurídicamente definida.

En Brasil, la Política Nacional de Cuidados se presenta como una respuesta más amplia al cuidado como derecho humano, con énfasis en la corresponsabilidad social y de género. Su rasgo técnico distintivo es que no parte de un sistema de dependencia equivalente al español, sino de una política pública de cuidados más transversal y reciente.



Por lo que respecta a la financiación, España tiene una fórmula de financiación claramente estructurada: nivel mínimo estatal, nivel acordado cofinanciado entre Estado y comunidades autónomas, y nivel adicional autonómico, además del copago de las personas beneficiarias. El propio BOE señala que la financiación depende del número de personas en dependencia y de los servicios y prestaciones reconocidos.

En Brasil, la información disponible apunta a una política nacional con implementación presupuestaria y múltiples iniciativas, pero sin un esquema de cofinanciación tan estabilizado como el español. En términos técnicos, eso significa que España tiene un modelo financiero más normativizado, mientras Brasil está más cerca de una arquitectura de política pública en consolidación.

Según un análisis de cobertura, España reconoce cobertura a quienes cumplen los requisitos de dependencia y residencia, con acceso en condiciones de igualdad en todo el territorio, aunque la efectividad depende del grado reconocido y de la capacidad real de oferta. En la práctica, el sistema está muy condicionado por la gestión autonómica y por la disponibilidad de servicios, algo que el propio IMSERSO describe como un problema de distribución del gasto y de ejecución territorial.

Brasil apunta a una cobertura más amplia en sentido social, porque la política se dirige tanto a quienes reciben cuidados como a quienes cuidan, y busca reducir desigualdades estructurales. Pero su cobertura institucional todavía está en

expansión, por lo que hoy es más una política de despliegue que un sistema plenamente asentado.

En conclusión, España tiene un sistema de dependencia más definido, con reglas claras de acceso, financiación y reparto competencial. Brasil tiene una política nacional de cuidados más reciente, de carácter más transversal y con un enfoque fuerte en derechos y desigualdad social. Así, España está más cerca de un modelo prestacional-administrativo, y Brasil más cerca de un modelo redistributivo y de corresponsabilidad social.

5. Discusión y conclusiones

Si bien en ambos ordenamientos (tabla 8) pueden identificarse dificultades comunes, en Brasil adquieren especial relieve la insuficiente consolidación institucional y la débil articulación intersectorial, mientras que en España destacan las limitaciones en la oferta de servicios, las restricciones de accesibilidad y la creciente sobrecarga sobre los recursos humanos y la organización territorial del sistema.

En España, los obstáculos más señalados son la disponibilidad limitada, los costes de acceso y la calidad desigual de los cuidados, algo que aparece con fuerza en análisis recientes. También persisten problemas de coordinación territorial y escasez de profesionales en el sector, lo que dificulta la expansión efectiva del sistema.

Además, aunque el SAAD está jurídicamente consolidado, su implementación efectiva depende mucho de la capacidad de las comunidades

autónomas y de la disponibilidad real de servicios, lo que genera diferencias en el acceso. En la práctica, esto produce listas de espera, desigualdad territorial y presión sobre las familias cuidadoras.

En Brasil, el obstáculo central radica en que la Política Nacional de Cuidados todavía está en fase de construcción y coordinación; el propio marco conceptual reconoce que el tema es nuevo en la agenda pública y que requiere arreglos intersectoriales e interfederativos más robustos.

Otro problema clave consiste en que la oferta existente de cuidados ha estado históricamente fragmentada entre salud,

asistencia social, educación y beneficios monetarios, sin haber sido pensada como un sistema integral e integrado. A eso se suma la fuerte dependencia del trabajo no remunerado de las familias, especialmente de las mujeres, lo que reproduce desigualdad y sobrecarga.

La falta de un sistema unificado de regulación y de una estructura estable de implementación también aparece como un freno importante para organizar servicios y corregir vacíos asistenciales. En términos simples, Brasil no solo enfrenta un problema de cobertura, sino también de arquitectura institucional.

TABLA 8. Consideraciones finales: principales hallazgos



Dimensión	España	Brasil
Obstáculo principal	Insuficiente disponibilidad, acceso desigual y escasez de <u>profesionales</u> .	Política aún en consolidación, con coordinación intersectorial compleja.
Problema estructural	Desigualdad territorial y presión sobre el SAAD.	Fragmentación histórica de los cuidados y centralidad del trabajo femenino no remunerado.
Riesgo social	Listas de espera, copagos y acceso desigual.	Implementación lenta y cobertura progresiva todavía incompleta.

Fuente: Elaboración propia.



Ambos países enfrentan, en definitiva, importantes desafíos en el futuro inmediato (tabla 9). España tiene el reto de hacer más eficaz un sistema ya existente; Brasil encara el desafío previo de terminar de construirlo.

Por eso, en España el problema es sobre todo de capacidad, acceso y calidad, mientras que en Brasil el problema es de diseño, coordinación y escala.

Tabla 9. Principales desafíos de las políticas de CLD

 BRASIL	 ESPAÑA
 Fragmentación de los servicios	 Sostenibilidad financiera
 Bajo financiamiento	 Envejecimiento acelerado
 Escasez de profesionales	 Desigualdades regionales
 Baja integración de la red	

**Referencias bibliográficas**

- BARR, N., y DIAMOND, P. (2008). *Reforming pensions: Principles and policy choices*. Oxford University Press.
- BRASIL (2024). Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm
- CAMARANO, A. A. (1998). *Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica* [Texto para Discussão 858]. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- CAPELLA, A. C. (2018). *Formulação de políticas públicas*. Escola Nacional de Administração Pública. Enap.
- CENTRO INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (CENIE). (2026). El derecho al cuidado y la economía de los cuidados en España. Universidad de Salamanca.
- COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization.
- CORRÊA, L., *et al.* (2021). Modelos de cuidados de longa duração para idosos em países capitalistas centrais. *SER Social*, 23(49), 451–472
- DOMINGUES, M. A. R. da C., *et al.* (2021). Methodological description of mapping Brazilian long-term care facilities for older adults. SciELO Preprints. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3035/5415>
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- FENG, Z. (2019). Global convergence: Aging and long-term care policy challenges in the developing world. *Journal of Aging & Social Policy*, 31(4), 291–297. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.162620>
- GARCÍA-ALTÉS, A., RUIZ-MUÑOZ, D., COLLS, C., MIAS, M., y MARTÍN BASSOLS, N. (2018). Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: Analysis of individual data of 7.5 million residents. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 72(10), 871–879. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210817>
- HORTA, A. L. M., *et al.* (2021). Brazilian National Front for Strengthening Long-Term Care Facilities for Older People: History and activities. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 15, e0210064. <https://doi.org/10.53886/gga.e0210064>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). (2023). Datos estadísticos.



- KALACHE, A. (2014). Respondendo à revolução da longevidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3306.
- LEICHSENRING, K. (2007). *Long-term care in Europe: Improving policy and practice*. Open University Press.
- LEICHSENRING, K., y ALASZEWSKI, A. (2004). Providing integrated health and social care for older persons: A European overview. *Ageing & Society*, 24(4), 373–390.
- MARTÍNEZ, T. (2021). Calidad y evaluación de los cuidados de larga duración: Aportaciones desde la atención centrada en la persona. En J. LÓPEZ y G. PÉREZ-ROJO (eds.), *Promoción del buen trato a personas mayores en instituciones*. Dykinson.
- MINAYO, M. C. DE S., et al. (2021). Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 137–146.
- MINAYO, M. C. DE S., y FIRMO, J. O. A. (2019). Longevidade: Bônus ou ônus? *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 4. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>
- MOREL, N., PALIER, B., y PALME, J. (2012). *Towards a social investment welfare state?* Policy Press.
- MREJEN, M., NUNES, L., y GIACOMIN, K. C. (2023). *Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?* Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.
- OLIVEIRA, L. P. DE, y SILVA, H. S. DA (2024a). Desafios ao cumprimento da RDC 502/2021 e os cuidados de longa duração à pessoa idosa no Brasil. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 24, e133722.
- OLIVEIRA, L. P. DE, y SILVA, H. (2024b). Challenges to the operation of Brazilian LTCIs and changes in oversight. *BMC Geriatrics*, 24, 515. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-0515-x>
- OMS (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- RODRÍGUEZ, X., y SÁNCHEZ, Y. (2025). *El derecho al cuidado y la economía de los cuidados en España*. CENIE.
- SLOANE, P. D., ZIMMERMAN, S., y D'SOUZA, M. F. (2014). What will long-term care be like in 2040? *North Carolina Medical Journal*, 75(5), 326–330.
- TRINTINAGLIA, V., et al. (2022). Políticas públicas de saúde para o envelhecimento saudável na América Latina: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 35, e11762. <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.11762>
- WACHHOLZ, P. A., VILLAS BOAS, P. J. F., DOMINGUES, M. A. R. C., ABDALLA, C., y GIACOMIN, K. C. (2022). Reflexões sobre o desenvolvimento de um continuum integrado de cuidados de longa duração para idosos no



Brasil. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 16, e0220035.
<https://doi.org/10.53886/gga.e0220035>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022a). WHO framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. WHO Regional Office for Europe.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844>

— (2022b). Rebuilding for sustainability and resilience: Strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region. WHO Regional Office for Europe.

YASOBANT, S (2018). Comprehensive public health action for our aging world: The quintessence of public health policy. *Journal of International Medical Research*, 46(2), 555–556.

Fundación Carolina, septiembre 2026

Fundación Carolina
Plaza del Marqués de Salamanca nº 8
4ª planta, 28006 Madrid - España
www.fundacioncarolina.es
@Red_Carolina

ISSN: 2695-4362
https://doi.org/10.33960/AC_09.2026

La Fundación Carolina no comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los textos firmados por los autores y autoras que publica.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

