

Sistemas de cuidados de larga duracion en europa

Un análisis comparativo

Adelina Comas Herrera

Encuentro Ernest Lluch, Universidad International Menéndez Pelayo

Santander 26 y 27 de julio 2018

Qué es interesante comparar de los sistemas de cuidados de larga duración?

- Breve historia de los sistemas de cuidados de larga duración en Europa (y otros países ricos)
- Poderoso caballero es Don Dinero: la financiación
- El papel de los cuidados de larga duración en los nuevos modelos de cronicidad: la necesidad de la integración
- ¿Cómo “vender” la importancia de los cuidados de larga duración?: En busca de la sostenibilidad política

Breve historia de los sistemas de dependencia en los países desarrollados

Definición “clásica” de los cuidados de larga duración (OCDE):

“Los servicios que requieren personas con reducción en su capacidad funcional, física o cognitiva, y que, como consecuencia, durante un periodo de tiempo largo, dependen de ayuda con las actividades de la vida diaria. Estos ‘cuidados personales’ a menudo se proveen en combinación con servicios de salud básicos, como ‘enfermería’, prevención, rehabilitación o curas paliativas”

Fuente: COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J. & TJADENS, F. 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Paris: OECD (p11)

Una nueva definición de los cuidados de larga duración (OMS):

“Las actividades realizadas por otros para asegurar que personas que han perdido capacidad intrínseca (o tienen riesgo de perderla), puedan mantener un nivel de habilidad funcional consistente con sus derechos básicos, libertades fundamentales y su dignidad humana”

WHO (2015) *World Report on Ageing and Health*. WHO, Geneva.

Definición “clásica” de los cuidados de larga duración (OCDE):

“Los servicios que requieren personas con reducción en su capacidad funcional, física o cognitiva, y que, como consecuencia, durante un periodo de tiempo largo, **dependen** de ayuda con las actividades de la vida diaria. Estos ‘cuidados personales’ a menudo se proveen en combinación con servicios de salud básicos, como ‘enfermería’, prevención, rehabilitación o curas paliativas”

Fuente: COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J. & TJADENS, F. 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Paris: OECD (p11)

Una nueva definición de los cuidados de larga duración (OMS):

“Las actividades realizadas por otros para asegurar que personas que han perdido **capacidad intrínseca** (o tienen riesgo de perderla), puedan mantener un nivel de habilidad funcional **consistente con sus derechos básicos, libertades fundamentales y su dignidad humana**”

WHO (2015) *World Report on Ageing and Health*. WHO, Geneva.

De “dependientes” a personas con derechos

- Cambio de énfasis, de un modelo basado en “socorrer a los necesitados” a un modelo que garantiza derechos, libertades y la dignidad.
- Nuevas pautas de envejecimiento, y mayor conocimiento sobre como prevenir, reducir y compensar las perdidas de capacidad intrínseca requieren nuevos modelos de servicios.

Breve historia de los sistemas de cuidados de países desarrollados (1):

- Tradicionalmente los cuidados los proveen las familias/vecinos, el sector formal (inicialmente entidades religiosas/caritativas) interviene sólo en casos de no tener recursos (ni familiares ni económicos).
- El estado se involucra inicialmente en los cuidados de personas sin recursos, normalmente de forma gradual: **Sistema residual**
 - *Modelo aún vigente en EUA e Inglaterra (y países en desarrollo), “Europa del sur”*

Breve historia de los sistemas de cuidados de países desarrollados (2):

- Cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos conllevan a la creciente “formalización” de los cuidados.
 - Demografía y Epidemiología: vivir hasta edades más avanzadas => mayor probabilidad de enfermedades crónicas con efectos incapacitantes => más personas que requieren cuidados y durante mas tiempo.
 - Cambios sociales: aumento de la participación laboral femenina, mayor movilidad geográfica, preocupación social por los cuidadores
 - *En países nórdicos/centro-europeos: sistemas universales (por lo menos de forma parcial)*
- Por otro lado, en los 80/90s: políticas de contención de coste sanitario resultan en re-definiciones de servicios sanitarios (con financiación pública) a “cuidados” (normalmente responsabilidad individual/familiar)

Breve historia de los sistemas de cuidados de países desarrollados (3):

- La mayoría de sistemas de cuidados han evolucionado de forma gradual, el sector formal se ha ido expandiendo para cubrir los “agujeros” que deja la familia, o para compensar cargas excesivas.
- En países nórdicos, los cuidados se absorben dentro del “estado del bienestar” (financiado a través de impuestos nacionales y locales).
- Algunos países (como Alemania, Japón, Corea del Sur) han creado nuevos sistemas de seguro social para cubrir los cuidados (aunque algunos aspectos siguen financiados con impuestos).
- Hay países que llevan décadas debatiendo cómo reformar el Sistema de cuidados (EUA, Reino Unido, Francia...).

Un buen resumen de la situación:

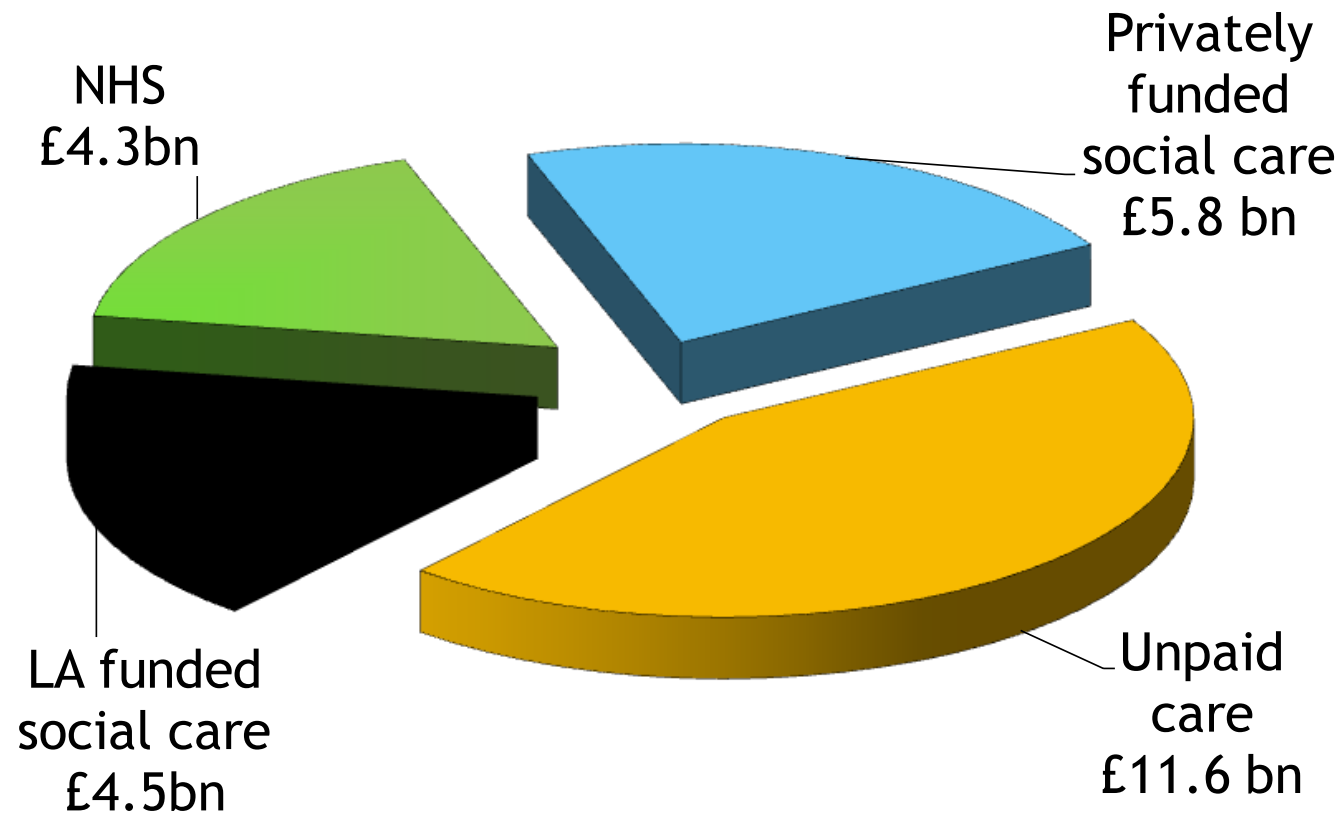
“En muchos países las políticas LTC se han desarrollado de manera gradual, respondiendo a problemas políticos o financieros inmediatos, en lugar de haber sido ser construidas de una manera sostenible y transparente. El futuro del sistema de cuidados es de mayor demanda, más gasto, más trabajadores... Hacer frente a este desafío requiere una visión integral de los cuidados a largo plazo. La improvisación no es suficiente”.

(OECD, 2011 Help Wanted?)

Poderoso caballero es Don Dinero

La financiación

A quién recaen los costes de la dependencia? Ejemplo: costes de la demencia en Inglaterra, 2014.



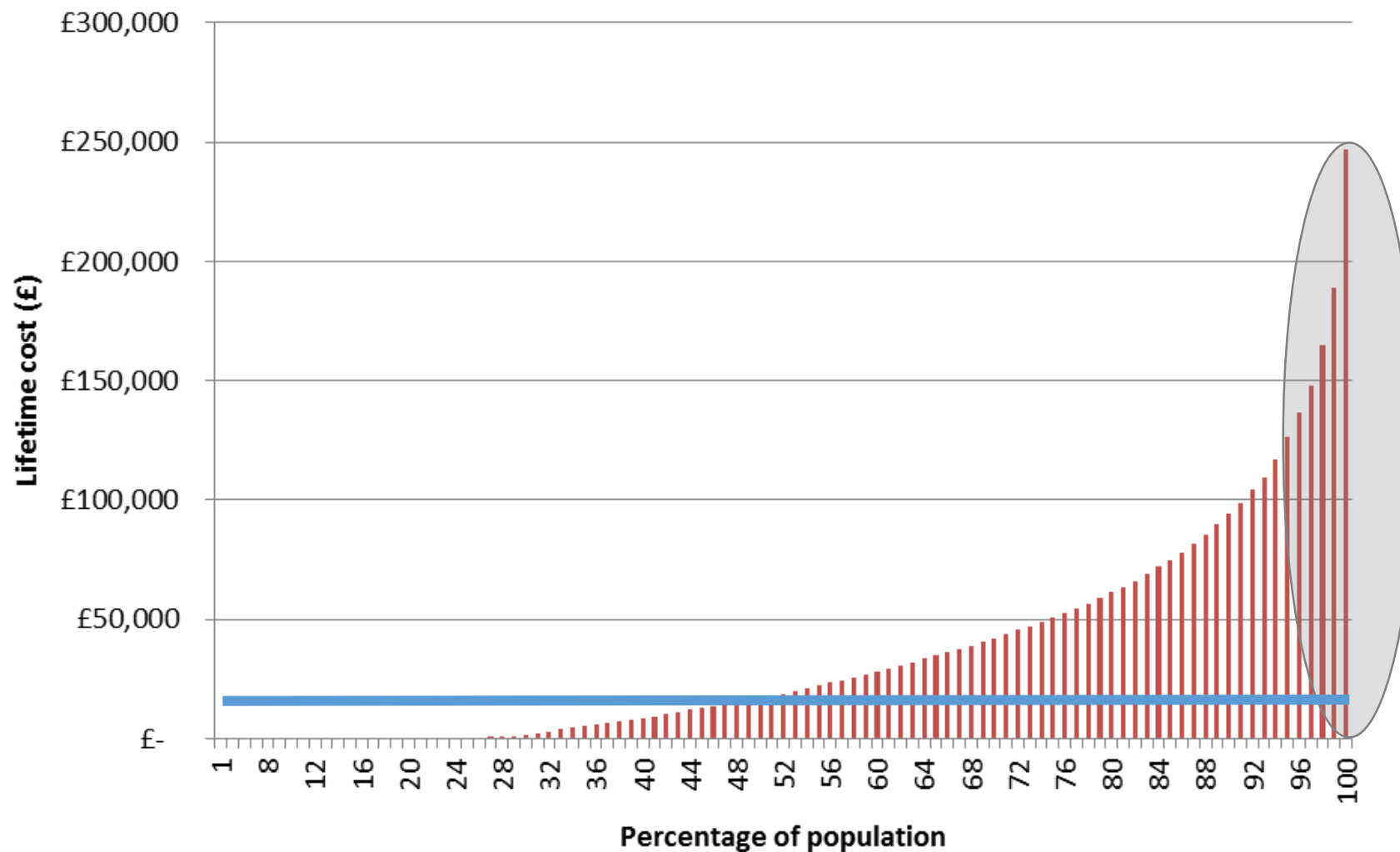
2/3 de los costes de la demencia recaen en la familia, o en efectivo o “en especie”

El impacto de la dependencia en las familias:

- Los familiares son los principales proveedores de servicios de dependencia.
- La provisión de ayuda a familiares dependientes se considera una obligación familiar, no tiene “precio”, pero sí que tiene coste:
 - Costes a causa de la reducción en participación laboral (riesgo de empobrecimiento, pérdida de contribuciones a la seguridad social...), a corto y a largo término.
 - Costes a causa del impacto en la salud y calidad de vida de los cuidadores
 - Coste del ocio (especialmente en la jubilación)
- Los costes de los servicios formales (residencias, etc) pueden ser “catastróficos” y agotar los ahorros acumulados al largo de la vida.

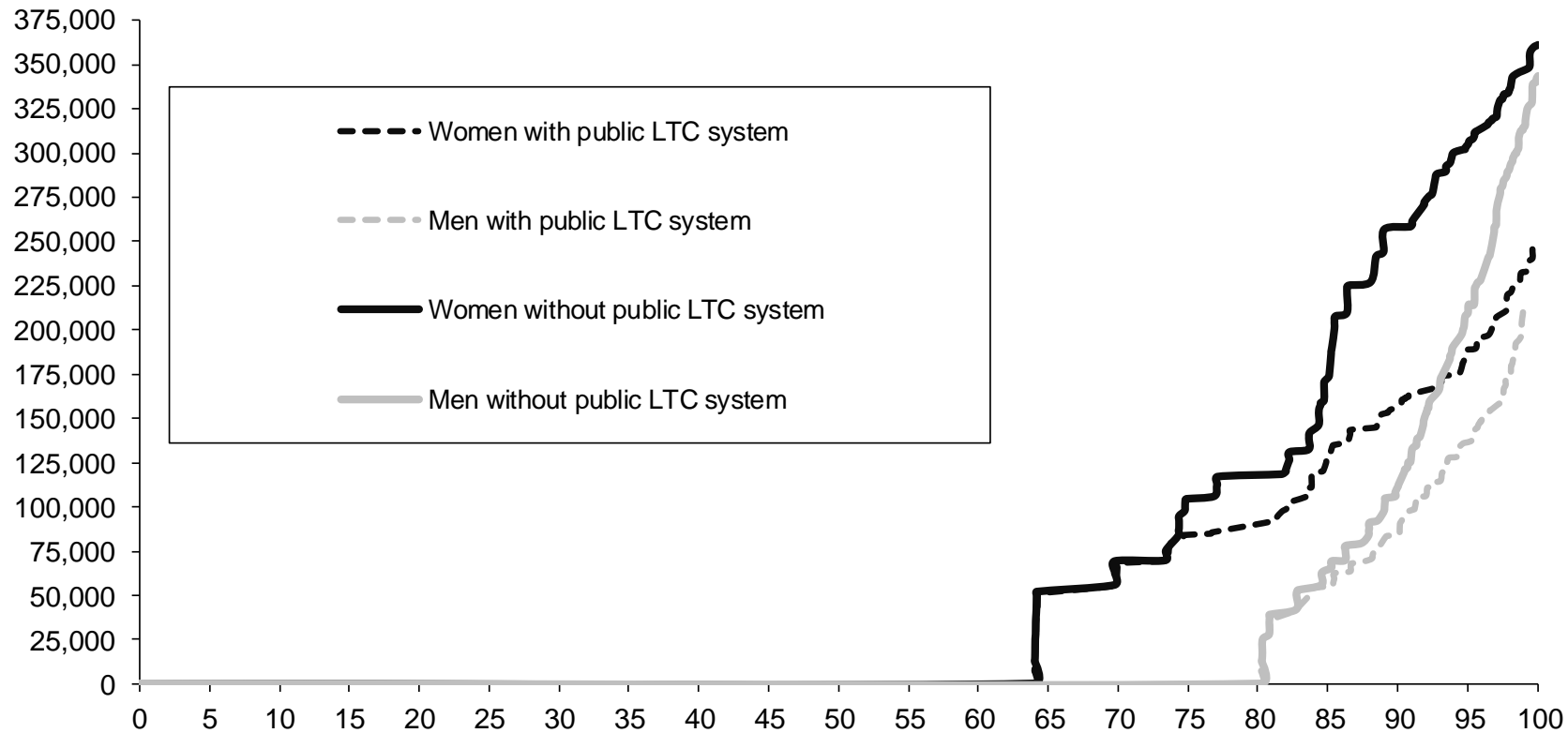
Lifetime costs of care

Estimated LTC costs At 65, excluding accommodation costs, England, 2009



Fernandez & Forder, 2011

El Sistema público como asegurador: costes esperados en dependencia a los 65, con y sin la ley de dependencia (tal y como se aprobó en 2008)



Guillén-Estany M. and Comas-Herrera A. (2012) How much risk is mitigated by LTC protection schemes? A methodological note and a case study of the public LTC system in Spain. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice* **37** (4): 712-724.

¿Por qué es una buena idea asegurar el riesgo de dependencia?

- Coste individual de la dependencia, sin mecanismo asegurador, es altamente incierto y puede ser catastrófico.
- Los seguros agrupan el riesgo de costes catastróficos, de forma que se comparten con los demás miembros.
- Seguro: redistribución de recursos de menor a mayor dependencia.
- El seguro es más eficiente que el ahorro privado porque no requiere que cada individuo ahorre el máximo coste posible de su dependencia.

¿Cómo financiamos la dependencia?

- Cuidadores informales: el recurso más importante.
- Ahorro privado, pensiones y capital: potencial para cuentas de ahorro especiales y hipotecas “reversas”
- Seguros privados: su funcionamiento depende del tipo de cobertura pública.
- Sector público: financiación a través de impuestos, normalmente, distribución según necesidad y, en algunos países capacidad de pago.
- Seguridad social: pagos hipotecados, distribuidos según necesidad y contribuciones.

Financiación pública de los cuidados

- Impuestos:
 - Sistemas muy diferentes: del minimalismo residual a sistemas generosos nórdicos que ofrecen cobertura universal.
 - Impuestos pueden ser sobre renta, capital, locales, impuestos especiales...
 - Susceptible a recortes, ya que el Sistema de cuidados tiene menos “prestigio político” que sanidad, educación...
 - No está claro a que se tiene derecho, la población puede no entender el nivel de recursos que deben aportar
- Sistemas de seguridad social
 - Fondos generados específicamente para cuidados: protegidos de la interferencia política
 - Normalmente desarrollado a partir de la infraestructura del seguro de sanidad público
 - Puede ser regresivo, según como se diseñan las contribuciones
 - Normalmente el Sistema se complementa con impuestos
 - Las normas están claras: cantidad de beneficios y co-pagos
 - En expansión en Asia

Ejemplos de financiación internacionales

- Inglaterra y EUA: cobertura solo para personas que no tienen suficientes recursos (familiares y económicos). Utilización de ahorro y capital y seguro privado (pero cada vez menos).
- Alemania, Japon, Corea del Sur, Japón: seguridad social, da derecho a “entitlement” cuando surge dependencia, con co-pagos
- Holanda, Bélgica, Francia, Canada: Sistema mixto (impuestos/seguridad social para grandes riesgos)
- Países nórdicos: sistemas relativamente generosos, financiados por impuestos nacionales/ locales. Co-pago relativamente bajo pero en aumento.
- Mayor parte de otros países: sistemas residuales complejos, básicamente las familias son el Sistema, con alguna ayuda.

Financiación de los cuidados: Inglaterra vs Alemania

INGLATERRA

- Sistema residual, impuestos
- Después de 2 décadas de debate, no se ha implementado ninguna reforma
 - Excepto que ayuntamientos pueden recaudar pequeñas cantidades con impuestos adicionales para cuidados
- Entre 2005/6 y 2012/3 reducción de £890 M en gasto público neto en cuidados para mayores ((£1.6 billon si ajustamos por necesidad)*
- Seguro privado casi ha desaparecido

ALEMANIA

- Seguro de cuidados obligatorio (público/privado)
 - Introducido en 1995, desde entonces, varias reformas para mejorar cobertura.
- 2015: acuerdo multi-sectorial para aumentar contribuciones (hasta 2.55%) para poder mejorar la cobertura de la demencia
- Mercado para seguro complementario en aumento

* Fernandez, Snell & Wistow, 2013

Algunas opciones para el futuro:

Integración de la financiación socio-sanitaria:

- Servicios sanitarios son gratuitos en el punto de uso, mientras que servicios sociales conllevan co-pagos. Sin embargo la dependencia es, principalmente, una consecuencia de enfermedades crónicas.
- Realmente es una buena idea no tener la misma financiación?

Integrar la dependencia en la planificación del final de la vida:

- Se espera que la “seguridad social” o la familia se hará cargo de todo, resultando en poca planificación de la vejez

Nuevos instrumentos de financiación que incluyan vivienda, pensiones y dependencia.

- Rentas vitalicias que aumenten a medida que aumenta la dependencia
- Nuevos modelos de vivienda que se adapten a cambios en las necesidades, con instrumentos financieros para proteger contra situaciones de dependencia de larga duración : comprar un “derecho” a residir en una residencia/vivienda con ayuda graduada hasta el final de la vida, con elemento de seguro

Sistema sanitaria vs Sistema de cuidados de larga duración

Haciendo frente a la cronicidad

Sistema sanitario vs. Sistema de cuidados: las diferencias

- La mayor parte de personas van a necesitar servicios sanitarios, normalmente en varios momentos de la vida
- El gasto sanitario se considera responsabilidad pública en la mayor parte de países (Cobertura sanitaria universal)
- La mayor parte de servicios sanitarios requieren profesionales especializados
- Sólo 1 de cada 3 personas va a necesitar cuidados (normalmente al final de su vida).
- La dependencia es el resultado de problemas de salud, pero se financia de forma diferente que otros problemas de salud => sentido de injusticia.
- La mayor parte de cuidados los proveen cuidadores no remunerados.
- Hay substitución entre diferentes cuidados formales e informales (pero también complementariedad).

Sistema sanitario vs. Sistema de cuidados: enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia

- Prevención enfermedades
- Prevención efectos discapacitantes
- Prevención de la dependencia
- Oportunidades terapéuticas
- Maximizar la independencia/calidad de vida

Sistema de cuidados vs. Sistema “social”

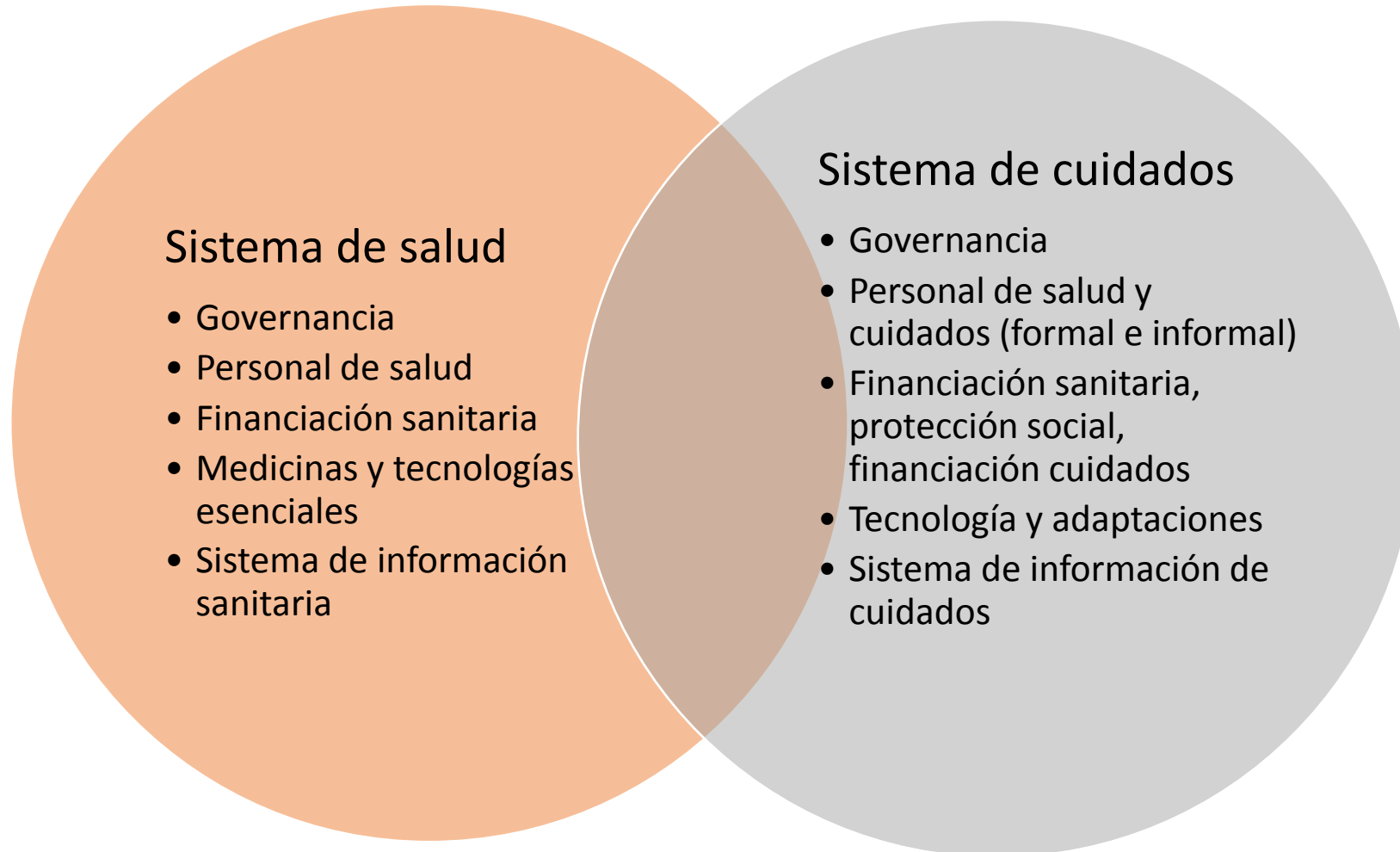
Sistema de cuidados

- Incluye servicios sociales y sanitarios (y otros sectores)
- El grado de integración/ coordinación entre servicios sanitarios y sociales varia, a nivel nacional, local
- Enfermería, cuidados personales, terapia ocupacional, rehabilitación, trabajo social, tecnología y adaptaciones...

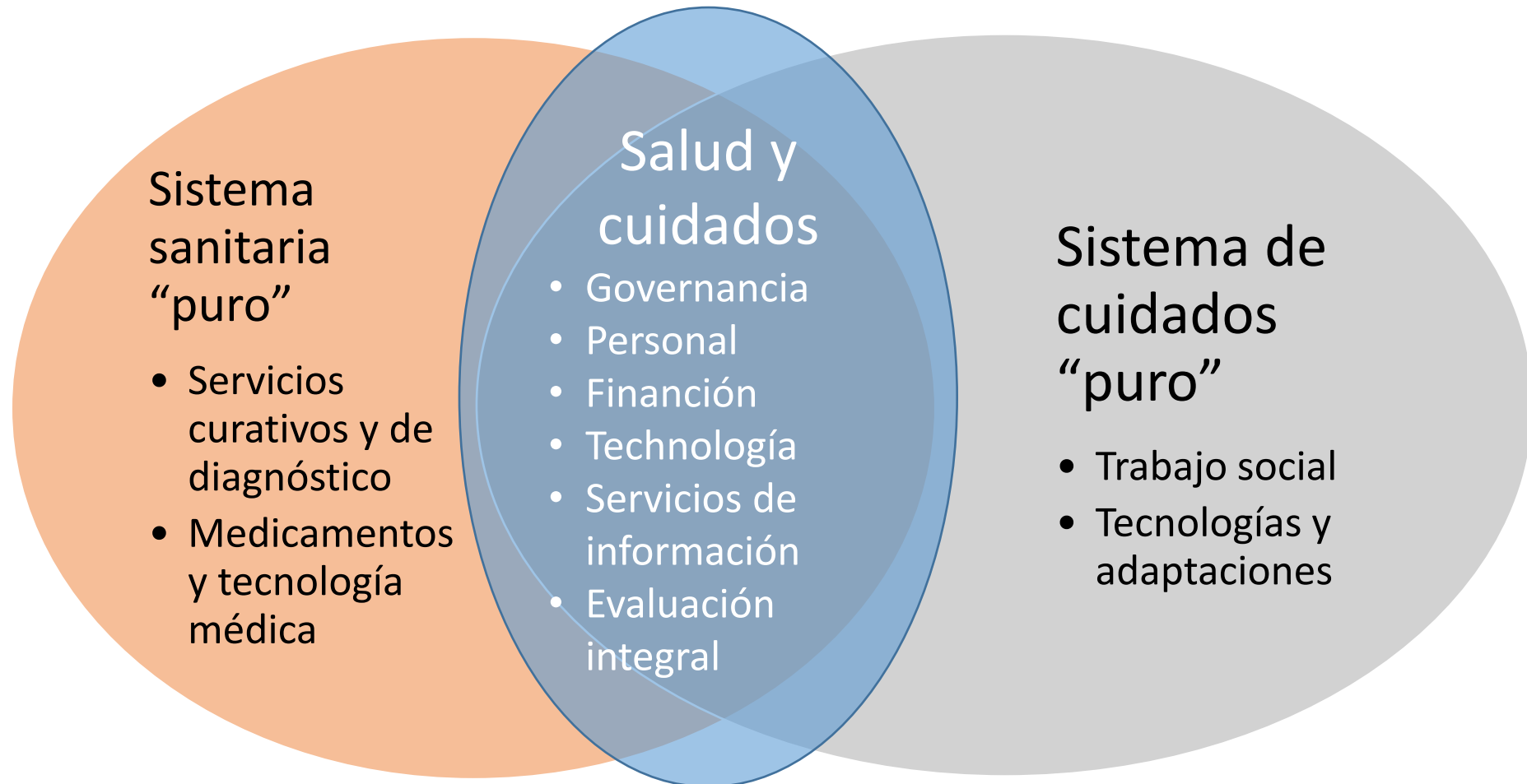
Sistema social

- “Lo que no cubre el sistema sanitaria”
- Normalmente cubre: cuidados personales, trabajo social, adaptaciones...

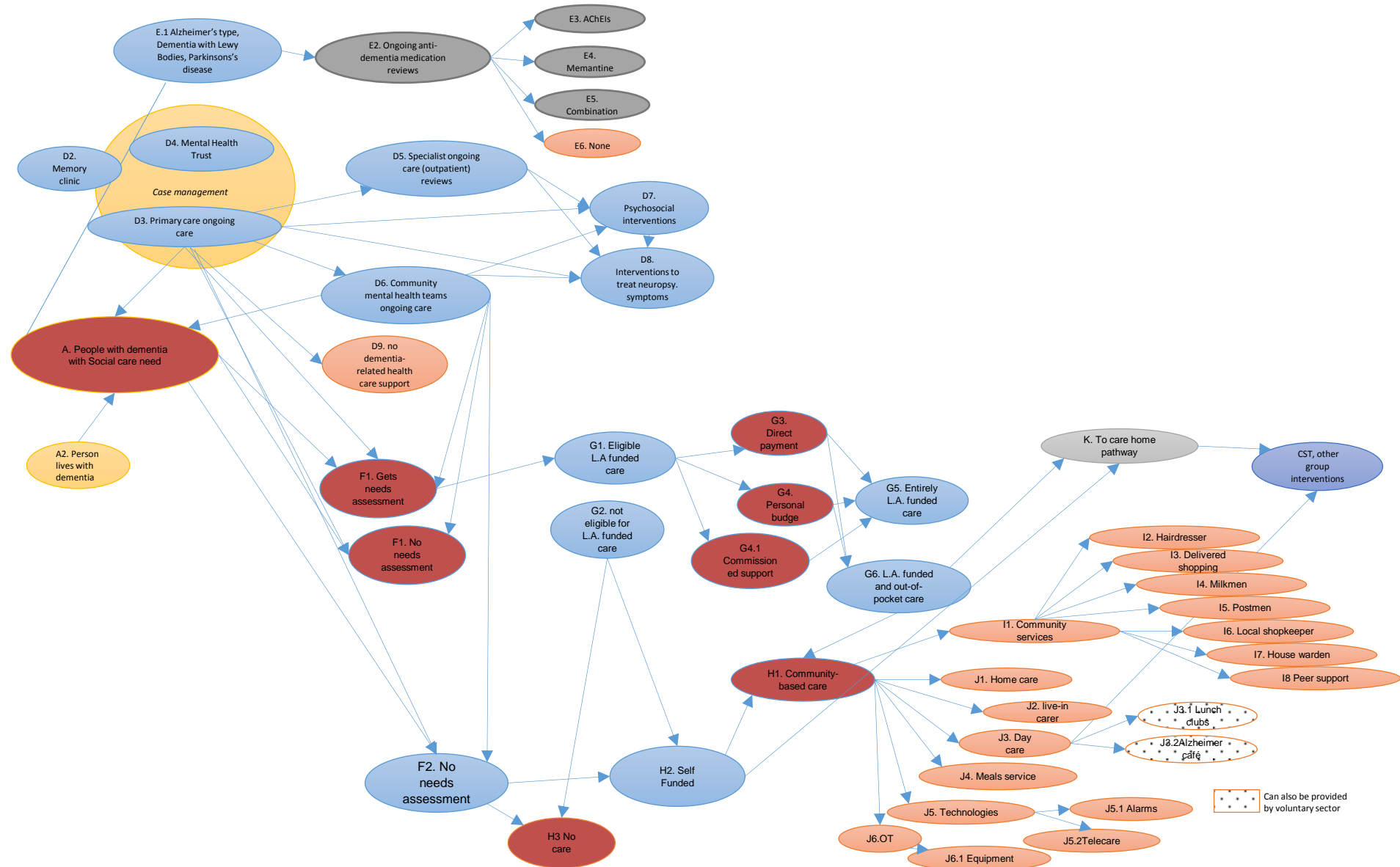
Adaptando los “bloques del Sistema de Salud” de la OMS a los cuidados de larga duración



Adaptando los “bloques del Sistema de Salud” de la OMS a los cuidados de larga duración:



Ongoing care pathway



¿Cómo vender la inversión en un Sistema de cuidados a los políticos y el público?

Argumentos:

Tradicionalmente:

- “Catastrofistas”: tsunami demográfico, altos costes futuros
- “Paternalistas”: debemos cuidar mejor a nuestros dependientes

Cada vez más:

- Derechos humanos: autonomía, poder vivir plenamente, dignidad
- Inequidad de género: mayor parte de cuidadores son mujeres
- El coste económico de no intervenir

El coste de no intervenir

- Envejecimiento poblacional => menos personas en edad laboral
- Qué pasa si “lo dejamos a las familias”: pérdida de trabajadores (y su capital humano), futura dependencia económica?
- Ejemplo de Inglaterra:
 - coste público anual a causa de cuidadores que abandonan el empleo: £2.9 bn
 - coste de proveer servicios que permiten compaginar cuidados y empleo: £2.5 bn (Pickard, 2018)

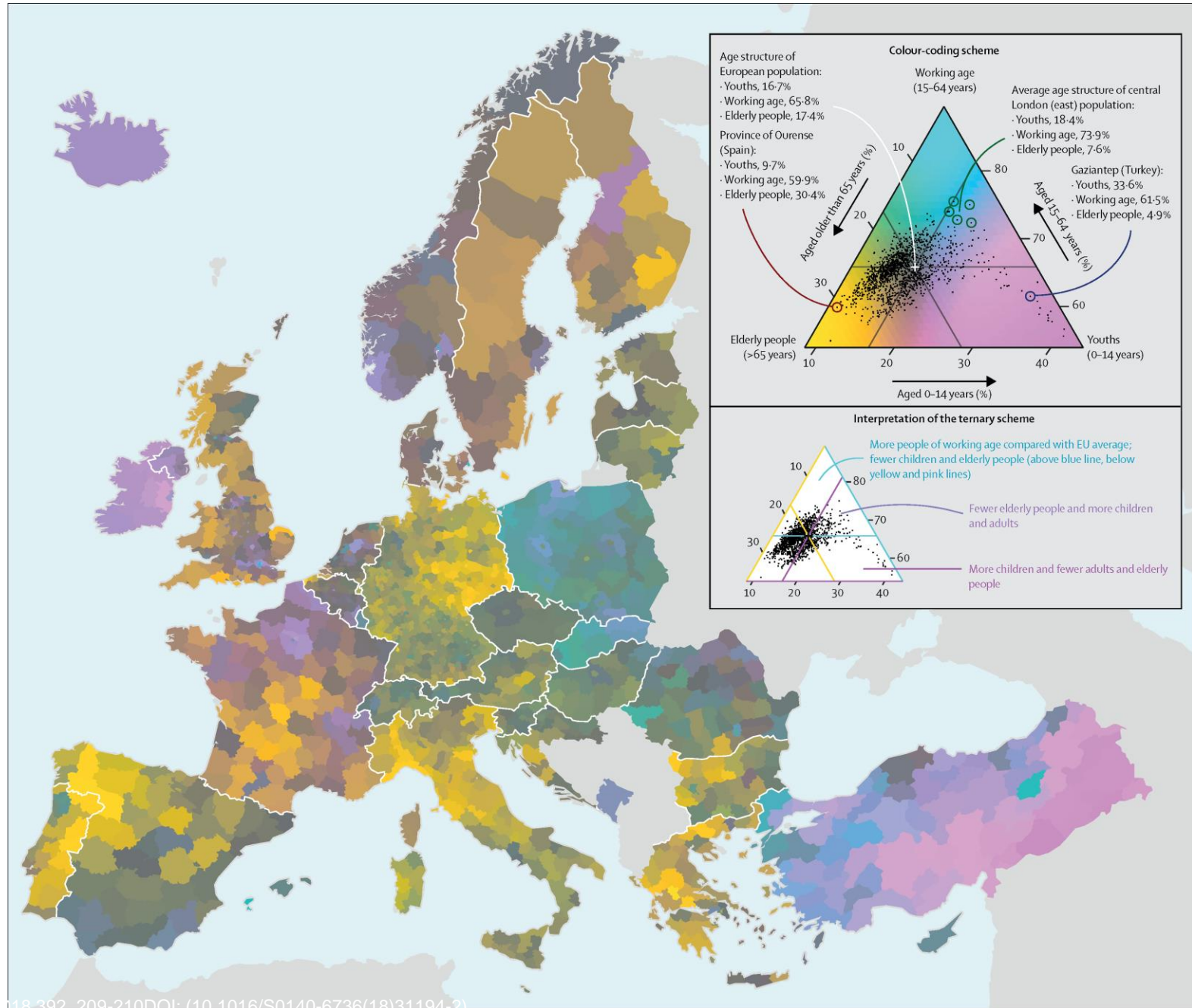
Podemos argumentar que es “cost-effective” proveer servicios publicos a trabajadores que cuidan mas the 10 horas por semana.

Pickard L (2018) Good value for money? Public Investment in ‘Replacement Care’ for Working Carers in England. *Social Policy and Society* (published only 18 June 2018)

Regional population structures at a glance

Ilya Kashnitsky, Jonas Schöley

The Lancet 2018
392, 209-210



16-392-209-210DOI: (10.1016/S0140-6736(18)31194-2)

[Terms and Conditions](#)