

Financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para los entornos de ingresos bajos y medianos

Sinopsis 3. Cómo financian los países los cuidados a largo plazo

Mensajes clave

- En los países de ingresos bajos y medianos que no tienen un sistema público formal de cuidados a largo plazo,^a son las personas, las familias y el sector de la salud quienes enfrentan los costos de dichos cuidados. Esto puede dar lugar a inequidades en el acceso a los servicios necesarios y presionar a las personas que prestan cuidados de manera informal a reducir su participación en el mercado laboral, lo que afecta a la economía en general.
- Algunos países de ingresos altos y medianos han invertido fondos públicos en los cuidados a largo plazo a fin de brindar cobertura y protección financiera a las personas mayores, y de reducir la presión sobre el sector de la salud de brindar cuidados que no son médicos en su mayor parte.
- Se prevé que el gasto en cuidados a largo plazo en los países que presentan información a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos aumente al 2,3% del producto interno bruto para el 2040, frente al 1,8% en el 2021. La principal fuente de financiamiento de los cuidados a largo plazo en los entornos de ingresos altos son los impuestos generales y el seguro obligatorio.
- Los impuestos generales proporcionan una amplia base de financiamiento y flexibilidad para cubrir las prestaciones, y pueden asegurar la cobertura de las personas desempleadas y de las que están empleadas en el sector informal.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas



Década
del envejecimiento
saludable



World Health
Organization

Centre for Health Development

- El seguro obligatorio, generalmente financiado por contribuciones sobre la nómina, es una fuente estable de financiamiento de los cuidados a largo plazo en entornos de ingresos altos donde la mayoría de las personas adultas forman parte de la fuerza laboral formal. En los países de ingresos bajos y medianos con una parte considerable de la fuerza laboral en el sector informal, estos mecanismos de seguro son menos viables para ampliar la cobertura de los cuidados a largo plazo y generar ingresos públicos.
- Los ingresos públicos para financiar los cuidados a largo plazo se pueden recaudar a nivel nacional o subnacional. En el marco del financiamiento o la gestión descentralizados, las compras y la administración locales pueden crear inequidades en la disponibilidad de los servicios de CLP y el acceso a ellos en un país determinado si no se cuenta con orientación y apoyo centralizados.
- Los países que aplican una combinación de enfoques universales y selectivos respecto de los cuidados a largo plazo pueden tener múltiples pagadores y fuentes de financiamiento que tal vez den lugar a un traslado de los costos, es decir, que las personas se trasladen de un programa a otro a fin de reducir los costos.

^a Nota aclaratoria: La Organización Panamericana de la Salud considera que el término "sistemas de cuidados a largo plazo" utilizado en el presente documento debería revisarse de manera de reflejar definiciones y conceptos bien establecidos y multisistémicos, en los que no suele considerarse que estos cuidados constituyan un sistema. Esto favorecerá un mejor entendimiento de las estructuras, organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo principal es promover, restablecer o mantener la salud y el bienestar, y asegurar que se proporcionen cuidados a largo plazo a partir de la integración de los diferentes sistemas existentes, como el sistema de salud y el de protección social.

En los países de ingresos bajos y medianos que no tienen un sistema público formal de cuidados a largo plazo, son las personas, las familias y el sector de la salud quienes enfrentan los costos de dichos cuidados. Esto puede dar lugar a inequidades en el acceso a los servicios necesarios y presionar a las personas que prestan cuidados de manera informal a reducir su participación en el mercado laboral, lo que afecta a la economía en general

Muchos países de ingresos bajos y medianos aún no han invertido en sistemas públicos formales de cuidados a largo plazo (CLP). Por ejemplo, en África Subsahariana, solo tres países han establecido programas formales de CLP (1). Al mismo tiempo, puede haber una gran demanda de CLP en estos entornos. En los países que no han invertido lo suficiente en la atención de salud durante la infancia y la edad adulta, las personas pueden empezar a presentar enfermedades relacionadas con la edad mucho antes de cumplir 65 años (2).

En ausencia de un sistema formal de CLP, las presiones y los costos generados por el acceso a la atención necesaria se trasladan al sistema de salud, a las personas y a las familias. Sin opciones para recibir CLP, las personas mayores suelen ser hospitalizadas o ingresadas en otras instituciones de salud para recibir dichos cuidados. Esto añade presión sobre los sistemas de salud y los hospitales, donde la atención puede ser costosa pero insuficiente para satisfacer las necesidades de cuidados crónicos a largo

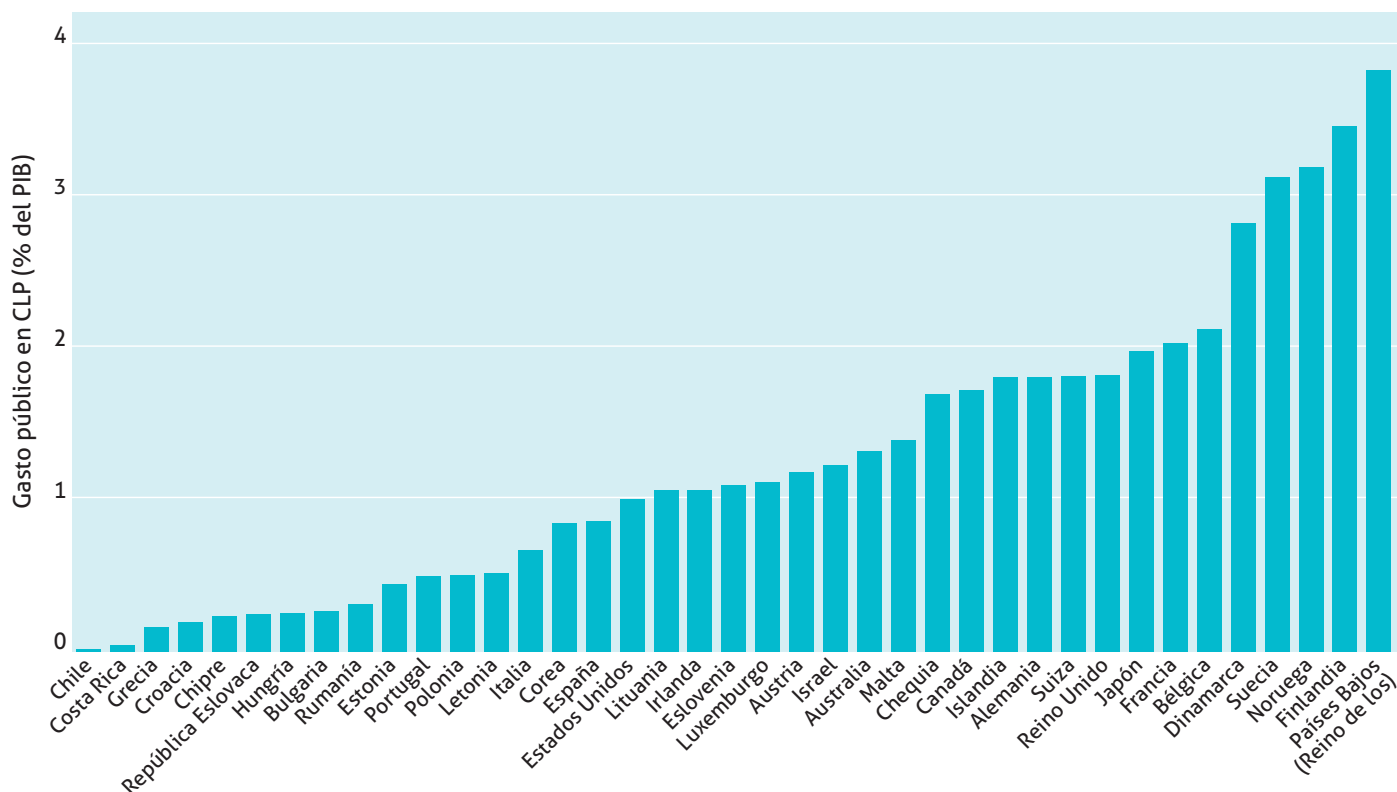
plazo. La falta de servicios formales de CLP también da lugar a que los costos se trasladen a las personas y las familias, las cuales utilizan sus propios recursos y tiempo para prestar esos cuidados. Es posible que las personas que prestan cuidados de manera informal tengan ante sí una disyuntiva entre el trabajo formal y las obligaciones familiares o comunitarias, y suelen verse obligadas a reducir sus horas de trabajo o a abandonar la fuerza laboral formal. Esto conduce a mercados laborales más débiles que, a su vez, reducen el crecimiento económico a largo plazo (3). La pandemia de COVID-19 demostró que el crecimiento económico se había enlentecido cuando un gran número de personas con formación especializada abandonaron la fuerza laboral debido a la incertidumbre en cuanto a las responsabilidades familiares (4). La falta de sistemas formales de CLP pesa más sobre las personas en situación de pobreza, que deben recurrir más a las personas que prestan cuidados de manera informal (5).

Algunos países de ingresos altos y medianos han invertido en los cuidados a largo plazo a fin de brindar cobertura y protección financiera; estos países informaron que habían gastado el 1,8% del producto interno bruto en cuidados a largo plazo en el 2021, y se prevé que esta cifra aumente al 2,3% para el 2040

Los países de ingresos altos y medianos han invertido en CLP a fin de liberar a las personas y las comunidades de los costos y las presiones que enfrentan, y de brindar cobertura y protección financiera para los servicios que se necesitan. En el 2021, los países que presentan información a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) destinaron un promedio del 1,8% del producto interno bruto (PIB) a los servicios sociales y de salud utilizando fuentes públicas y privadas (6). Para el 2040, se prevé que el gasto total en CLP aumente hasta un 2,3% del PIB (7). Esto implica un aumento de los niveles bajos de gasto registrados durante un período de 21 años. El envejecimiento poblacional es un factor determinante importante de las proyecciones del gasto en CLP, en particular el aumento de la población de 80 o más años, que en general tiene mayores necesidades de cuidados; otros factores incluyen un cambio normativo hacia la prestación de una cobertura y protección financiera más amplias, y aumentos en los ingresos de los hogares (7, 8).

La mayor parte del gasto en CLP informado a la OCDE proviene de planes gubernamentales u obligatorios de CLP, y dicho gasto público se sitúa entre menos del 0,01% del PIB en Chile y el 3,8% en el Reino de los Países Bajos (figura 1). En entornos de ingresos altos, los aumentos en el gasto público en CLP se correlacionan con la disminución del gasto en salud (9). Esto indica que el aumento del gasto en CLP puede sustituir al gasto en salud para el cuidado de las personas mayores. Esto puede ser especialmente cierto respecto de los gastos de salud al final de la vida. Se estima que, en entornos de ingresos altos, entre el 16,7% y el 24,5% del total de los gastos médicos corresponden a la atención de personas en sus últimos tres años de vida, independientemente de su edad y de la causa de muerte (10). En términos generales, los países que gastan más en infraestructura formal de CLP para las personas mayores ofrecen alternativas a la atención hospitalaria aguda al final de la vida (11). Esto indica que los gastos en salud pueden reducirse en cierta medida con una mayor disponibilidad de CLP, cuidados paliativos y otras opciones de cuidados al final de la vida que pueden coincidir con las preferencias de las personas y las familias.

Figura 1. Gasto público en cuidados a largo plazo como porcentaje del producto interno bruto, 2021 (o el año más cercano) para los países que presentan información a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos



PIB: producto interno bruto.

Fuente: Datos estadísticos sobre salud de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (6).

Las fuentes de financiamiento de los cuidados a largo plazo incluyen impuestos, contribuciones a los seguros, pagos directos de bolsillo y otras contribuciones privadas

En promedio, el 54% del total de los gastos de CLP informados a la OCDE se financian con fondos públicos mediante impuestos o contribuciones a los seguros (7). Algunos países dependen más de los impuestos; por ejemplo, los impuestos financian el 70% o más del total de los gastos de CLP en Australia, Canadá, Dinamarca, Islandia y Suecia. Algunos países como Bélgica, República Checa, España, Hungría, Irlanda e Italia financian más del 50% de sus gastos en CLP mediante algún tipo de impuesto. Entre los países que dependen de las contribuciones obligatorias a los seguros para más del 50% del financiamiento de los CLP se encuentran Alemania, Francia, República de Corea, Japón y el Reino de los Países Bajos (7).

Casi todos los programas de CLP también exigen algunos gastos directos de bolsillo. En promedio, el 46% del total de los gastos de CLP declarados a la OCDE proviene de contribuciones privadas, incluidos seguros privados y pagos directos de bolsillo individuales. Entre los países que dependen de las contribuciones privadas para más del 50% del total de sus gastos de CLP se encuentran Brasil, Eslovenia, Finlandia, Lituania, Luxemburgo y Portugal (7). En muchos entornos hay requisitos explícitos de coparticipación en los costos, incluso en países que cuentan con sistemas formales universales de CLP. En entornos en los que no hay una tasa por utilización de servicios (por ejemplo, Alemania y Suecia), el financiamiento público no suele cubrir todos los costos de los CLP, en particular los del cuidado residencial. En los entornos

de ingresos altos, donde los sistemas de protección social son más generosos y los CLP son más asequibles para todos los grupos, las personas mayores declaran pagar menos gastos directos de bolsillo para los CLP (12).

Los impuestos generales proporcionan una amplia base de financiamiento y flexibilidad para cubrir las prestaciones, y pueden asegurar la cobertura de las personas desempleadas y de las que están empleadas en el sector informal

Los impuestos se pueden recaudar de personas físicas (por ejemplo, mediante el impuesto sobre los ingresos) o de empresas (por ejemplo, mediante impuestos especiales). En relación con la equidad, los impuestos recaudados a nivel nacional y distribuidos en todo el país pueden compensar las diferencias regionales de ingresos y contribuir a la progresividad. La ventaja de los impuestos generales es que proporcionan una amplia base de financiamiento y flexibilidad para cubrir las prestaciones, y aseguran la cobertura de las personas desempleadas y de las que están empleadas en el sector informal (cuadro 1). Es posible destinar impuestos a los CLP; sin embargo, los impuestos no suelen estar generalmente destinados a un fin específico y forman parte del presupuesto general. Por lo tanto, el financiamiento de los CLP puede estar sujeto a recortes presupuestarios, reasignación a otras partes del presupuesto o presiones para la eficiencia en tiempos de restricciones fiscales estrictas. Esto también implica vínculos más débiles entre los ingresos públicos recaudados y el financiamiento de los CLP.

Por lo general, los CLP basados en la comprobación de los recursos de la persona no tienen una fuente de ingresos específica y, por lo tanto, se financian con cargo a los ingresos procedentes de impuestos generales, a veces como parte de programas más amplios de reducción de la pobreza o de redes de protección social.

Las contribuciones a seguros obligatorios son una fuente estable de financiamiento para los cuidados a largo plazo, pero pueden ser inapropiadas y no equitativas en entornos de ingresos bajos y medianos que tienen una parte considerable de la fuerza laboral en el sector informal

Se han establecido programas de seguro obligatorio de cuidados a largo plazo, que se financian principalmente o en parte con las contribuciones sobre la nómina de los empleadores o los empleados. La asignación de fondos procedentes de programas de seguros separados puede ayudar a asegurar una fuente de ingresos confiable y predecible, y proteger los fondos de CLP para que no se desvíen a otros fines (cuadro 1). Estos programas también promueven la transparencia en la gestión y permiten la ejecución de políticas específicas para el sector de los CLP cuando no puedan ser aplicables a los servicios de salud (por ejemplo, evaluaciones de las necesidades de CLP). Dado que se establece un programa separado, el gasto público en el seguro de CLP tiende a ser mayor en relación con el de los países que dependen de los impuestos. En el marco de los programas de seguros, el vínculo entre las contribuciones y las prestaciones es claro, lo que genera un sentido de derecho en las personas beneficiarias y voluntad de contribuir al sistema de seguros.

Cuadro 1. Ventajas y desventajas de las distintas fuentes de financiamiento de los cuidados a largo plazo

Fuente de financiamiento de los CLP	Ventajas	Desventajas
Pagos directos de bolsillo	<ul style="list-style-type: none"> – Permiten la elección de servicios para quienes tienen recursos financieros 	<ul style="list-style-type: none"> – Los costos se trasladan a las familias y las comunidades – Pueden acarrear dificultades financieras que llevan a gastos catastróficos y empobrecedores para las personas y las familias – Dan lugar a inequidades en el acceso al cuidado que se necesita
Impuestos generales	<ul style="list-style-type: none"> – Amplia base de financiamiento y flexibilidad en la concesión de prestaciones – Al no estar vinculados a las contribuciones sobre la nómina, las personas desempleadas o empleadas en el sector informal tienen cobertura – Los impuestos recaudados a nivel nacional y distribuidos en todo el país pueden compensar las diferencias regionales en el nivel de ingresos 	<ul style="list-style-type: none"> – El financiamiento basado en los impuestos para fines generales puede estar sujeto a recortes presupuestarios en épocas de restricciones fiscales estrictas.
Seguro de CLP obligatorio	<ul style="list-style-type: none"> – Cuando la canalización de los fondos está separada de los servicios de salud, los ingresos pueden ser más fiables y estables porque se destinan a los CLP y, por lo general, no pueden transferirse a otros usos – Permite la ejecución de políticas específicas para el sector de CLP cuando no puedan ser aplicables a otros servicios o sectores – Se crea un derecho al vincular las contribuciones a las prestaciones, lo que puede dar a las personas beneficiarias un mayor incentivo para contribuir 	<ul style="list-style-type: none"> – El tamaño de la economía informal afecta la capacidad de brindar cobertura a la población que la necesita; por lo tanto, el seguro de CLP puede no ser viable cuando hay una parte considerable de la fuerza laboral en el sector informal – Los planes de seguro médico contributivos en entornos de ingresos bajos y medianos no han tenido éxito para generar ingresos ni para promover la cobertura universal – Las fuentes de financiamiento separadas pueden generar dificultades para la coordinación de los servicios sociales y de salud – Puede acarrear costos administrativos más altos para ejecutar un programa de seguro separado

CLP: cuidados a largo plazo.

Fuentes: Villalobos Dintrans (13), Cheng et al. (14), Karagiannidou & Wittenberg (15), Barber et al. (16) y Yazbeck et al. (17).

Los programas de seguros obligatorios dependen de la fuerza laboral formal de la que reciben contribuciones, generalmente recaudadas como impuestos sobre la nómina, que pueden ser más progresivos. Por lo general, el seguro de CLP no requiere un número mínimo de años ni un nivel de contribuciones antes de que las personas tengan derecho a recibir las prestaciones. En Alemania, por ejemplo, los empleados y pensionistas están obligados a contribuir a dicho seguro y las prestaciones que reciben dependen de sus necesidades y no de las contribuciones que han hecho (15).

La República de Corea es un ejemplo de un país que cuenta con un sistema de seguro social obligatorio cuya tasa de contribución en el 2019 fue del 8,5% de las primas del seguro de salud; toda persona que pague una contribución al seguro nacional de salud también paga una contribución al seguro de CLP. Dado que la contribución al seguro de salud es del 6,5% del sueldo, la contribución al seguro de CLP se estima en aproximadamente el 0,5% del sueldo. Las contribuciones representan entre el 60% y el 65% del financiamiento total del seguro de CLP, que se complementa con ingresos tributarios (20%) (figura 2). En la República de Corea, los copagos de los usuarios equivalen aproximadamente al 20% para la atención institucional y el 15% para los servicios domiciliarios y el equipo proporcionado. Las personas del cuartil de ingresos más pobre reciben un descuento del 60% en los copagos, y las del segundo cuartil más pobre reciben un descuento del 40%. Sin embargo, los pagos directos de bolsillo reales para todos los servicios de CLP son relativamente altos, aproximadamente del 30% del total de los gastos (6), lo que posiblemente esté relacionado con un conjunto limitado de prestaciones de CLP o con las políticas de pago (18).

Figura 2. Porcentaje aproximado del financiamiento para los cuidados a largo plazo, por fuente, República de Corea, 2021



Fuente: Basado en información de Barber et al. (16).

Sin embargo, los mecanismos de seguros para el financiamiento y la cobertura de los CLP no son adecuados en situaciones en las que una gran parte de la fuerza laboral trabaja en el sector informal. En muchos países de ingresos bajos y medianos, grandes segmentos de la población trabajan en el sector informal; por ejemplo, hasta el 86% de la fuerza laboral no agrícola de la Región de África forma parte de la economía informal (19). Al igual que en el caso del seguro de salud, cubrir solo a las personas con empleo formal podría contribuir a desigualdades en el acceso, y hay poca evidencia de que los mecanismos de seguro de salud hayan generado ingresos sustanciales o cobertura universal en los países de ingresos bajos o medianos (17). Además, el establecimiento de un programa de seguro separado puede crear dificultades para la coordinación de los servicios sociales y de salud, como lo demuestra la experiencia de la República de Corea (16).

Ahora bien, en aquellos países que disponen de cobertura universal de salud, el aprovechamiento de esos sistemas puede ser una forma útil de ampliar la cobertura de los CLP. Por ejemplo, en China se están realizando esfuerzos para ampliar los servicios de CLP basados en la comprobación de recursos de la persona sobre la base del programa de seguro de salud universal para ofrecer servicios de CLP (recuadro 1).

Recuadro 1. Programas de seguro de cuidados a largo plazo en China

En China, se está probando un programa de seguro de cuidados a largo plazo (CLP) en todos los municipios para ampliar los programas basados en la comprobación de recursos de la persona. Al 2020, China había introducido proyectos piloto de seguro de CLP en 49 ciudades. Los proyectos piloto se basaron en una ampliación de los programas de seguro de salud disponibles en zonas urbanas y rurales. En el 2019, 88,5 millones de personas recibieron cobertura con los proyectos piloto de seguro de CLP, de las cuales 426 000 fueron beneficiarias de prestaciones (20). Sin embargo, hay mucha variación en la ejecución del programa público de seguro de CLP en las distintas regiones.

Las personas de ingresos bajos que requieren CLP también pueden acceder a servicios de CLP domiciliarios, incluida la asistencia con las actividades de la vida diaria, el baño, la rehabilitación, las comidas y el transporte. Este programa es financiado por el Fondo de la Lotería de Bienestar Público, que recibe fondos del gobierno central, aunque los requisitos de acceso no son explícitos. Los programas comunitarios, como los que se llevan a cabo en los centros comunitarios de las zonas urbanas y las residencias para personas mayores (o residencias "felices") en las zonas rurales, prestan servicios como la asistencia con las actividades básicas de la vida diaria, las comidas y la educación para la salud. El gobierno también brinda apoyo indirecto al sector privado mediante la provisión de tierras, reducciones impositivas y subsidios para la construcción de centros residenciales privados de CLP (14).

La recaudación de ingresos públicos o los mecanismos de compra destinados a los cuidados a largo plazo, o ambos, pueden descentralizarse para que pasen a manos de las autoridades subnacionales, lo que puede aliviar o crear inequidades en la disponibilidad de servicios de cuidados a largo plazo o el acceso a ellos en un país determinado

Más de la mitad de los países de la OCDE dependen principalmente de las contribuciones del gobierno central para financiar los servicios de CLP (7). Las subvenciones intergubernamentales de los gobiernos centrales y subnacionales son un medio importante para aliviar las inequidades en el financiamiento en las distintas regiones. El apoyo financiero de los gobiernos centrales puede ayudar a las regiones más débiles desde el punto de vista económico a aumentar los ingresos para cubrir los déficits de financiamiento y asegurar la equidad en el acceso a los servicios de CLP. En algunos entornos, la asistencia se ha centralizado para asegurar la equidad en la prestación y una mejor integración de los prestadores de servicios. En particular, la atención institucional puede ser financiada y gestionada por el gobierno nacional, dado que el nivel nacional puede estar en mejores condiciones de hacer frente al riesgo financiero sustancial que acarrea este tipo de atención (16).

Cuando los impuestos o las contribuciones para los CLP se recaudan en los niveles administrativos inferiores directamente de las personas y empresas, los gobiernos locales pueden tener más autonomía para organizar, proporcionar y financiar los cuidados. La descentralización puede aplicarse a servicios específicos de CLP. Por ejemplo, la atención domiciliaria puede gestionarse a nivel municipal para adaptar los planes de atención a las circunstancias locales e individuales.

En los sistemas de CLP de los países nórdicos (es decir, Dinamarca, Noruega y Suecia), los municipios y los gobiernos locales tienen autonomía para financiar y prestar

servicios de CLP. En Suecia, gran parte de los gastos de CLP son financiados por los gobiernos municipales mediante sus propios ingresos. Los impuestos municipales cubren aproximadamente el 84% del total de los gastos de CLP; las subvenciones nacionales cubren el 12%; y los pagos directos de bolsillo se mantienen muy bajos, en un 4% (figura 3). Suecia destina el 3,1% de su PIB al financiamiento público de los CLP (6).

Figura 3. Porcentaje aproximado del financiamiento para los cuidados a largo plazo, por fuente, Suecia, 2021

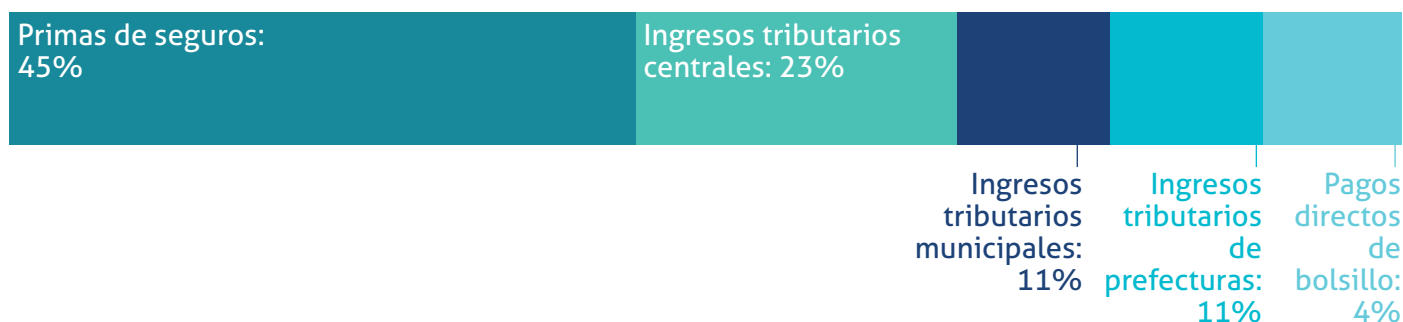


Fuente: Basado en información de Barber et al. (16).

Los gobiernos subnacionales en Francia, España y Suecia no solo recaudan ingresos públicos para financiar los servicios, sino que también desempeñan una función importante en la compra de servicios de CLP personales y sociales para las personas mayores en los niveles administrativos inferiores (16). Esto puede dar lugar a variaciones entre las regiones de un mismo país en cuanto a los precios y pagos que no reflejan necesariamente las diferencias entre los costos de producción y los salarios locales. Esas variaciones también pueden dar lugar a diferencias dentro de un país en cuanto a los requisitos, los servicios prestados y la utilización que no están relacionados con el nivel de discapacidad. La OCDE informa gastos descentralizados en diverso grado en concepto de CLP en alrededor de un tercio de sus países miembros (7).

En Japón, con una gestión descentralizada de los CLP, la situación es diferente. La compra, la fijación de precios, los requisitos para el acceso y la regulación de la calidad desempeñan una función central. Por lo tanto, no se prevé que el financiamiento descentralizado en este contexto dé lugar a grandes variaciones entre las regiones en cuanto a la disponibilidad de los servicios y el acceso a ellos. Los CLP se financian con las primas de seguros que son obligatorias para las personas de 40 años o más, que se considera la edad en la que las personas pueden tener algunas necesidades de cuidados domiciliarios. Las primas representan alrededor del 1% de los ingresos para las personas de 40 a 64 años; para las personas de 65 años o más, la contribución es progresiva y se basa en sus ingresos o su nivel de pensión. La contribución va acompañada de un nivel similar de financiamiento procedente de los ingresos tributarios (es decir, la mitad del nivel central y una cuarta parte de los gobiernos prefecturales y otra de los municipales) (figura 4). Por lo general, hay un copago del 10%, pero los niveles de copago reales se sitúan entre un 0% y un 30%, según los ingresos.

Figura 4. Porcentaje aproximado del financiamiento para los cuidados a largo plazo, por fuente, Japón, 2023



Fuente: Basado en información de Imanaka et al. (21)

Los países que aplican una combinación de enfoques universales y selectivos para los cuidados a largo plazo pueden tener múltiples pagadores y fuentes de financiamiento; los programas múltiples de cuidados a largo plazo pueden dar lugar a un traslado de los costos, en el que las personas se trasladan de un programa a otro para ahorrar costos

Algunos países prestan servicios de CLP mediante la ampliación del mandato de los programas disponibles para abarcar los servicios de CLP y su administración en diferentes niveles de gobierno, desde el nacional hasta el local. Esto implica que hay diferentes programas, y que cada uno ofrece cobertura universal o selectiva para diferentes tipos de cuidados, como la atención de enfermería o los cuidados personales, dependiendo de su mandato. Con pagadores múltiples, también hay una combinación de sistemas de financiamiento con diferentes enfoques financiados con impuestos, seguridad social y redes de protección social (16).

El Reino de los Países Bajos administra un programa consolidado de seguro social universal de CLP, que se introdujo en 1968. El gasto total en CLP asciende a cerca del 4,1% del PIB mediante una combinación de seguros obligatorios de CLP y seguros de salud para brindar cobertura universal de la población de personas mayores (6). Debido a las preocupaciones sobre su sostenibilidad financiera, el sistema se reestructuró en el 2015, tras lo cual la mayor parte de los cuidados domiciliarios fueron transferidos al plan de seguro de salud social, y la atención domiciliaria y la protección social en la comunidad pasaron a ser financiadas con impuestos y administradas por los municipios, que recibieron subvenciones en bloque. Con el sistema actual, el seguro social de CLP paga la atención prestada en las residencias para personas mayores; el seguro de salud social paga los servicios de enfermería y de cuidados personales domiciliarios; y la ley de apoyo social exige a los municipios que organicen y financien la protección social y la atención domiciliaria para las personas mayores que viven en la comunidad (cuadro 2).

Cuadro 2. Programas financiados por medio de los impuestos generales y las primas de seguros que proporcionan cobertura universal de salud y protección social para las personas mayores en el Reino de los Países Bajos

Programa	Tipos de servicios cubiertos	Nivel de administración	Número de personas beneficiarias
Seguro social de CLP	Centros para personas mayores (atención médica, no médica, cuidados personales); cuidados paliativos (atención médica, no médica y personal)	Central y regional	217 000
Seguro social de salud	Cuidados domiciliarios (médicos, personales); cuidados paliativos (atención médica, no médica y personal)	Aseguradora de salud	222 000
Ley de apoyo social	Atención domiciliaria no médica; asistencia social en la comunidad	Municipal	1 106 000

CLP: cuidados a largo plazo.

Fuente: Barber et al. (16)

Los cambios introducidos en el diseño del programa en el Reino de los Países Bajos tuvieron como objetivo reducir la presión ejercida sobre el presupuesto nacional. Sin embargo, los estudios informaron una serie de resultados imprevistos de la creación de un programa separado. Entre ellos figuraban el traslado de costos al gobierno central, en el que se derivaba a los pacientes de los programas municipales y de otro tipo para ahorrar costos; la escasa coordinación entre los programas; y el uso ineficiente de los servicios de CLP (22).

Consecuencias para los países de ingresos bajos y medianos

Muchos países de ingresos bajos y medianos no cuentan con sistemas formales de CLP. En estos entornos hay demanda de asistencia, pero los costos de acceder a ella se trasladan a las familias y las comunidades. Esta situación puede generar presiones sobre la economía si los familiares a cargo de los cuidados deben reducir su participación en el mercado laboral. Las alternativas a los gastos directos de bolsillo en salud incluyen las primas de seguros y los impuestos generales. Las contribuciones al seguro obligatorio, financiadas en su mayor parte o en parte por las contribuciones sobre la nómina de los empleadores o los empleados, son una fuente estable de financiamiento de los CLP en entornos de ingresos altos; sin embargo, depender de las contribuciones sobre la nómina para los planes de seguro requiere un alto nivel de participación en la fuerza laboral formal y puede no ser sostenible en los países de ingresos bajos y medianos, donde la una parte considerable de la fuerza laboral trabaja en el sector informal. Los impuestos generales proporcionan una amplia base de financiamiento y flexibilidad para cubrir las prestaciones, en particular para las personas desempleadas o empleadas en el sector informal. Los ingresos para financiar los CLP se pueden recaudar a nivel nacional o subnacional. Dependiendo de la descentralización de las responsabilidades al nivel local, esto puede crear inequidades en la disponibilidad de los servicios de CLP y el acceso a ellos dentro de un país, aunque esto podría minimizarse al asegurar un papel central importante en las compras y la regulación. Cuando los servicios de CLP se ofrecen mediante

programas y pagadores múltiples, y cuando operan en diferentes niveles administrativos, los pacientes pueden ser trasladados a otras partes del sistema de CLP a fin de ahorrar costos, independientemente de la asistencia que se necesite.

Agradecimientos

Esta sinopsis forma parte de una serie que tiene como objetivo informar a los responsables de las políticas sobre el financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para los países de ingresos bajos y medianos. Su redacción estuvo a cargo de Sarah L. Barber, del Centro OMS para el Desarrollo Sanitario (Centro de Kobe de la OMS, WKC) (Japón). Se agradecen los útiles comentarios de Jon Cylus, del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud; Pablo Villalobos Dintrans, de la Universidad de Santiago de Chile; Jang Hyobum, del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y Envejecimiento de la OMS (Suiza); Sara J. McLaughlin, de la Universidad de Miami (Estados Unidos de América); Luca Lorenzoni y Ricarda Milstein, de la OCDE; Ricardo Jorge Alcobia Granja Rodrigues, de la Universidad de Lisboa (Portugal); Megumi Rosenberg, del WKC; y Tsolmongerel Tsilaajav, de la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 19 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513388>.
2. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*. 2019;4:e159-67. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30019-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30019-2), consultado el 11 de marzo del 2024.
3. Heger D, Korfhage T. Short- and medium- term effects of informal eldercare on labor market outcomes. *Fem Econ*. 2020;26(4):205-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13545701.2020.1786594>, consultado el 11 de marzo del 2024.
4. Schwartz K. Investment in longterm care is key, not hurdle, to sustained economic growth in ageing societies. En: Cylus J, Wharton G, Ilinca S, Carrino L, Huber M, Barber SL, editores. *The care dividend: why and how countries should invest in long-term care*. Cambridge: Cambridge University Press; [de próxima publicación].
5. Ilinca S, Rodrigues R, Schmidt AE. 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. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(10):1224. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph14101224>, consultado el 11 de marzo del 2024.
6. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. OECD health statistics 2023 [base de datos en línea]. París: OECD; 2023 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
7. de Biase P, Dougherty S. From local to national: delivering and financing effective long-term care. París: OCDE; 2023 [consultado el 19 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/578b296f-en>.
8. Chung RY, Tin KY, Cowling BJ, Chan KP, Chan WM, Lo SV, Leung GM. Long-term care cost drivers and expenditure projection to 2036 in Hong Kong. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:172. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-172>, consultado el 11 de marzo del 2024.
9. Costa-Font J, Vilaplana-Prieto C. 'Investing' in care for old age? An examination of long-term care expenditure dynamics and its spillovers. *Empir Econ*. 2023;64:1-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00181-022-02246-0>, consultado el 11 de marzo del 2024.
10. French E, Jones JB, Kelly E, McCauley J. End-of-life medical expenses. En: Ferraro K, Carr D, editores. *Handbook of aging and the social sciences*, novena edición. Cambridge (MA): Elsevier; 2021:393-410.
11. Orlovic M, Marti J, Mossialos E. Analysis of end-of-life care, out-of-pocket spending, and place of death in 16 European countries and Israel. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(7):1201-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0166>, consultado el 11 de marzo del 2024.
12. Angrisani M, Regalado JC, Hashiguchi TC. Financial social protection and individual out-of-pocket costs of long-term care in the USA and Europe: an observational study. *eClinicalMedicine*. 2022;50:101503. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101503>, consultado el 11 de marzo del 2024.
13. Villalobos Dintrans P. Designing long-term care systems: elements to consider. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(1):83-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1685356>, consultado el 11 de marzo del 2024.

14. Cheng TC, Yip W, Feng Z. Public provision and financing of long-term care: case studies in middle- and high-income countries. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 19 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/375854>.
15. Karagiannidou M, Wittenberg R. Social insurance for long-term care. *J Popul Ageing*. 2022;15(2):557-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09366-6>, consultado el 11 de marzo del 2024.
16. Barber SL, van Gool K, Wise S, Woods M, Or Z, Penneau A, *et al*. Pricing long-term care for older persons. Ginebra: OMS, OCDE; 2021 [consultado el 1 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/344505>.
17. Yazbeck AS, Soucat AL, Tandon A, Cashin C, Kutzin J, Watson J, *et al*. Addiction to a bad idea, especially in low- and middle-income countries: contributory health insurance. *Soc Sci Med*. 2023;320:115168. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115168>, consultado el 11 de marzo del 2024.
18. Kim H, Kwon S. A decade of public long-term care insurance in South Korea: policy lessons for aging countries. *Health Policy*. 2021;125(1):22-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.003>, consultado el 11 de marzo del 2024.
19. Organización Internacional del Trabajo. Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico. Tercera edición. Ginebra: OIT; 2018 [consultado el 19 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/mujeres-y-hombres-en-la-economia-informal-un-panorama-estadistico-tercera>.
20. Feng Z, Zhuang X, Glinskaya E. Understanding China's long-term care insurance pilots: key features, challenges and prospects. *China Int J*. 2021;19(3):168-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1353/chn.2021.0034>, consultado el 11 de marzo del 2024.
21. Imanaka Y, Sasaki N, Goto E. Financing long-term care for older people: intergenerational transfers and financial stability in Japan. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 19 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/373541>.
22. Macdonald M, Langman E, Caruso J. Initiatives to improve the coverage, quality, financial protection and financial sustainability of long-term care: a rapid scoping review. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 19 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/373547>.

Versión oficial en español de la obra original en inglés

Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings. Brief 3. How countries finance long-term care

© Organización Mundial de la Salud, 2024

ISBN: 978-92-4-009036-1 (versión electrónica)

Financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para los entornos de ingresos bajos y medianos. Sinopsis 3. Cómo financian los países los cuidados a largo plazo

ISBN: 978-92-75-32949-8 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12949-4 (Print versión)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2024**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de los cuidados a largo plazo: enseñanzas para los entornos de ingresos bajos y medianos. Sinopsis 3. Cómo financian los países los cuidados a largo plazo. Washington, DC: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329498>.

Diseño y maquetación por Howdy LLP.

Centro OMS para el Desarrollo Sanitario
(Centro de Kobe de la OMS – WKC)
Kobe (Japón)

<https://wkc.who.int/>

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

www.paho.org

