

---

# Brechas en la protección social de la salud y en los cuidados de larga duración en Europa: ¿bancarrota para la tercera edad?

---

*Xenia Scheil-Adlung y Jacopo Bonan*

---

Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza; Università di Milano-Bicocca, Milán, Italia

---

**Resumen** Si bien durante muchos años los países europeos han supervisado el gasto público en prestaciones de salud y cuidados de larga duración, se ha conferido menor atención a las consecuencias financieras que representan los pagos directos personales para las personas mayores que necesitan acceder a dichas prestaciones de cuidado. A través del análisis de los datos transversales procedentes de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE, por sus siglas en inglés), representativos de la población anciana de once países europeos, descubrimos que en los países europeos es muy común que las personas mayores abonen por cuenta propia las prestaciones de salud y los cuidados de larga duración. Estos gastos directos se repercuten de modo significativo en la renta disponible: el 95 por ciento de las personas mayores abonan de modo directo prestaciones médicas y el 5 por ciento de ellas, los cuidados de larga duración. Estos desembolsos provocan una disminución de los ingresos de entre el 5 y el 10 por ciento. El 0,7 por ciento de los hogares con personas mayores que recurren a prestaciones médicas y el 0,5 por ciento de los hogares con personas mayores que reciben cuidados de larga duración caen en la ruina financiera a raíz del exceso de pagos directos. Los más afectados son los pobres, las mujeres y los muy ancianos.

Direcciones para la correspondencia: Xenia Scheil-Adlung, Coordinador a de políticas de salud, Oficina Internacional del Trabajo, 4 route des Morillons, 1211 Ginebra 22, Suiza; correo electrónico: [scheil@ilo.org](mailto:scheil@ilo.org). Jacopo Bonan, Università di Milano-Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo 1, 20126 Milán, Italia; correo electrónico: [bonan.jacopo@gmail.com](mailto:bonan.jacopo@gmail.com).

**Palabras clave** cuidados de larga duración, utilización de cuidados de salud, personas de edad avanzada, pobreza, Europa

## Introducción

En muchos países, pese a la cobertura de los sistemas de protección social, tales como los sistemas sanitarios nacionales y los seguros sociales de enfermedad y de cuidados de larga duración, el acceder a la atención médica y a los cuidados de larga duración conlleva, para el usuario, participar en los pagos, abonar facturas e incurrir en otros gastos de índole personal (OIT, 2008). Los gastos de salud catastróficos, es decir, aquellos que superan el 40 por ciento de los ingresos de subsistencia, pueden llevar a las personas más vulnerables al endeudamiento y a la pobreza (Xu y otros, 2007). Si bien los estudios realizados hasta la fecha se centran, por lo general, en los efectos de los gastos directos en los países en desarrollo (Bredenkamp, Mendola y Gragnolati, 2011, y Van Doorslaer y otros, 2007), recientes investigaciones (Xu y otros, 2007) revelan que los gastos de salud catastróficos son una fuente de empobrecimiento para el 0,6 por ciento de los hogares de los países desarrollados, incluidos los europeos, que se analizan en el presente artículo. Si sólo las personas más ricas pueden permitirse las prestaciones médicas y los cuidados de larga duración, es posible que en lugar de atenuar las desigualdades, los sistemas de protección social estén exacerbándolas. Además, los efectos adversos de los gastos de salud catastróficos, combinados con los presupuestos públicos limitados a causa de la actual crisis de la deuda en la zona euro, podrían reducir la capacidad de los sistemas de protección social europeos de alcanzar sus objetivos.

Que las personas mayores asuman la doble carga de los gastos médicos y de los cuidados de larga duración no es un hecho de nuevo. Sin embargo, si bien el gasto público en atención médica y cuidados de larga duración ocupa una posición central entre las preocupaciones de los gobiernos europeos y de ciertas organizaciones internacionales (Comisión Europea, 2009, y OCDE, 2011a, y 2011b), la incidencia financiera de los pagos directos realizados por las personas mayores no ha captado demasiada atención en los debates públicos.

El caso de Talia S., mujer de 81 años que vive en una pequeña isla griega, es representativo de la situación de las personas mayores: tras una vida de trabajo ayudando a su marido en la granja familiar, Talia S. vive hoy con una pensión mensual de viudez para agricultores de 400 euros (EUR). Aunque está cubierta por un régimen especial de protección de la salud para trabajadores agrícolas, a causa de la reglamentación sobre la repartición de los costos, gasta más del 5 por ciento de sus ingresos en desembolsos directos de participación en los costos de la atención médica y los productos farmacéuticos. A su vez, los cuidados de asistencia necesarios para la ejecución de actividades cotidianas básicas, como lavarse y vestirse, constituyen otra importante carga financiera que consume el 10 por ciento de sus ingresos. Si a ello se añaden las cargas adicionales (vivienda, alimentación, seguros, transporte a dispensarios, y

otros), sus gastos mensuales exceden sus ingresos de pensión de viudez. Talía S. no puede costear por sí misma sus gastos de asistencia y de atención médica y se convierte en una carga financiera para sus dos hijos y sus familias.

En el contexto de envejecimiento demográfico europeo, cada vez más personas mayores, muchas de ellas en una situación financiera vulnerable, se encuentran sin protección financiera suficiente para cubrir sus gastos de atención médica y los cuidados de larga duración. Este problema se inscribe dentro del debate más amplio sobre las consecuencias de los cambios demográficos para los sistemas de seguridad social (Bloom y McKinnon, 2010). Entre los más afectados se encuentran las personas mayores de 85 años de edad (85+). Entre 1994 y 2010 el índice medio de crecimiento de este grupo demográfico fue nueve veces superior al del resto de la población europea (gráfico 1).

El presente artículo examina las repercusiones de los gastos directos personales en atención médica y cuidados de larga duración sobre la situación financiera de las personas mayores en una selección de países europeos<sup>1</sup>. En particular, buscamos respuestas a las siguientes preguntas fundamentales: ¿cuáles son, para los ancianos vulnerables, las repercusiones financieras de los pagos directos de prestaciones médicas y cuidados de larga duración? ¿Con qué frecuencia la bancarrota se debe a los pagos directos que los individuos deben realizar porque los Estados de bienestar europeos no ofrecen un grado de protección social suficiente? ¿Cuáles son los ancianos vulnerables más expuestos a estos costos?

Definimos la población mayor como aquella de 50 años o más (50+). En lo posible, distinguimos también entre los hogares cuyos miembros son mayores de 50, de 65 o de 85 años.

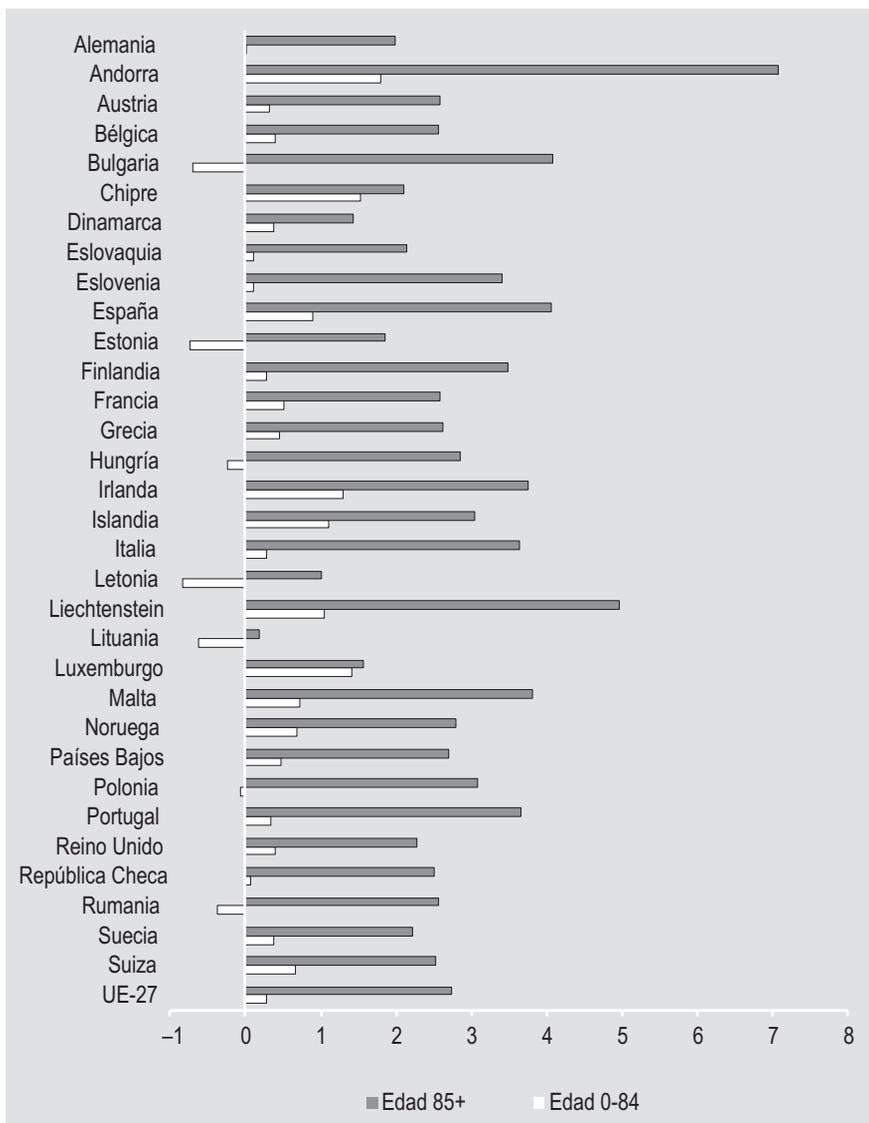
Tras una breve reseña de los sistemas de protección social de la salud y de cuidados de larga duración, analizamos los factores que caracterizan los gastos directos desembolsados por los ancianos en los distintos países y dentro de grupos específicos. Observamos la frecuencia y la incidencia de los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración sobre la renta de los hogares. De este modo, podemos evaluar en qué medida los sistemas sociales de salud ofrecen una protección suficiente a la población mayor. Además, presentamos las características de los ancianos más vulnerables que deben cargar con los costos de vivir más tiempo.

Utilizamos datos nacionales procedentes de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE 2004) sobre la población mayor de once países europeos en 2004 publicada a finales de 2009 (SHARE, versión 2.3.0)<sup>2</sup>. La

1. Este artículo se basa en gran parte en el estudio más amplio de Scheil-Adlung y Bonan (2012).

2. SHARE versión 2.3.0, 13 de noviembre de 2009. La Comisión Europea financió gran parte de la recopilación de datos de SHARE en 2004-2007 a través de su quinto y sexto programas marco (los proyectos QLK6-CT-2001-00360, RII-CT- 2006-062193, CIT5-CT-2005-028857). Se agradecen los aportes financieros adicionales del National Institute on Aging de los Estados Unidos (las concesiones U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01, OGHA 04-064 y R21 AG025169) y de varias otras fuentes nacionales <www.share-project.org>.

**Gráfico 1.** Tasa media de crecimiento de la población de 1994 a 2010 (en porcentaje) por grandes cohortes, en los países europeos



*Nota:* Pertenecen a la EU-27 todos los países mencionados excepto Andorra, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza.

*Fuente:* Cálculos de los autores sobre la base de EUROSTAT.

muestra es representativa de la población mayor de Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Suecia y Suiza. La base de datos incluye microdatos sobre la salud, la situación socioeconómica y las redes sociales y familiares de las personas mayores de 50 años de 19.411 hogares (28.357 personas). Debido a que se presentan promedios decimales, los resultados pueden ser estimaciones imprecisas de los promedios de la población. Recurrimos a ponderaciones transversales calibradas para reducir al mínimo el posible sesgo de selección generado por los hogares e individuos que no contestan (Klevmarken, Swensson y Hesselius, 2005, págs. 28-69)<sup>3</sup>.

### **Principales características de la protección social de la salud y de los cuidados de larga duración en Europa**

---

En Europa la cobertura de salud casi universal de la población se obtuvo a través de dos mecanismos principales: los servicios nacionales de salud financiados con los impuestos y los regímenes de seguro social financiados a partir de las cotizaciones de la nómina. No obstante, muchos países combinan elementos de ambos modelos. Casi todos los países aplican en diversas medidas un tercer mecanismo de financiación en función de la utilización de los servicios: los pagos directos (Scheil-Adlung y Bonnet, 2011).

Muchos países que cuentan con servicios nacionales de salud, como el Reino Unido e Italia, adoptaron un mecanismo de financiación semejante para los cuidados de larga duración (véase el cuadro). Estos sistemas a veces aplican una comprobación de los recursos y por lo tanto cubren únicamente a los sectores más pobres de la población. Los países que cuentan con regímenes de seguro social de enfermedad a menudo establecen regímenes de asistencia social para los cuidados de larga duración financiados con los impuestos. Sin embargo, Alemania ha introducido un régimen obligatorio de seguro social para cuidados de larga duración únicamente.

En Europa el alcance de las prestaciones médicas es comparable y cumple plenamente con el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), de la Organización Internacional del Trabajo. Sin embargo, las prestaciones para cuidados de larga duración presentan grandes diferencias de un país a otro. En algunos países las prestaciones son en efectivo (como en Bélgica), en otros en especie (como en Francia) y en otros se combinan prestaciones en efectivo con prestaciones en especie (en Alemania, Austria, Países Bajos y Reino Unido) (Scheil-Adlung y Kuhl, 2011).

Las prestaciones para cuidados de larga duración incluyen una amplia variedad de servicios no medicinales de asistencia prestados durante un periodo largo. La

3. Para una descripción más completa de la encuesta, las metodologías, el muestreo y las ponderaciones, véase Klevmarken, Swensson y Hesselius (2005).

**Cuadro.** Principales mecanismos de financiación de los servicios médicos y de los cuidados de larga duración (CLD) en una selección de países

Países con seguro social de enfermedad		Países que financian la atención médica y los CLD con los impuestos
Países	Mecanismo de financiación de los CLD	Países
Bélgica	Impuestos	Dinamarca
Francia	Impuestos	Finlandia
Alemania	Régimen de seguro social	Irlanda
Países Bajos	Impuestos	Italia
		Portugal
		España (CLD con comprobación de recursos)
		Suecia
		Reino Unido (CLD con comprobación de recursos)

Fuentes: SSA y AISS (varios años) y bases de datos de la OIT.

elegibilidad suele basarse en la presencia de afecciones o discapacidades crónicas, definidas como la incapacidad de realizar «actividades cotidianas» básicas. Para evaluar el grado de invalidez que determinará el monto de las prestaciones, se consideran, por ejemplo, las limitaciones para vestirse, caminar, lavarse, comer y hacer sus necesidades. Las prestaciones para cuidados de larga duración en especie suelen componerse de servicios prestados a domicilio o en residencias asistidas (como en Dinamarca y Suecia), tanto por el sector público como por el sector privado. Las prestaciones para cuidados de larga duración en efectivo consisten en asignaciones para subsidiar los cuidados de larga duración. Estas prestaciones

pueden utilizarse para abonar servicios directamente a proveedores de cuidados de larga duración, para cubrir los gastos personales o para ofrecer ingresos a las personas que prestan cuidados informales. Las prestaciones en efectivo pueden ser con comprobación de los recursos (España y Reino Unido), de tipo fijo (Italia) o en función del grado de incapacidad para la ejecución de las actividades cotidianas básicas (Alemania, Austria y España). Con frecuencia el monto de las prestaciones no basta para cubrir el costo total de los cuidados de larga duración y las personas mayores deben incurrir en gastos personales.

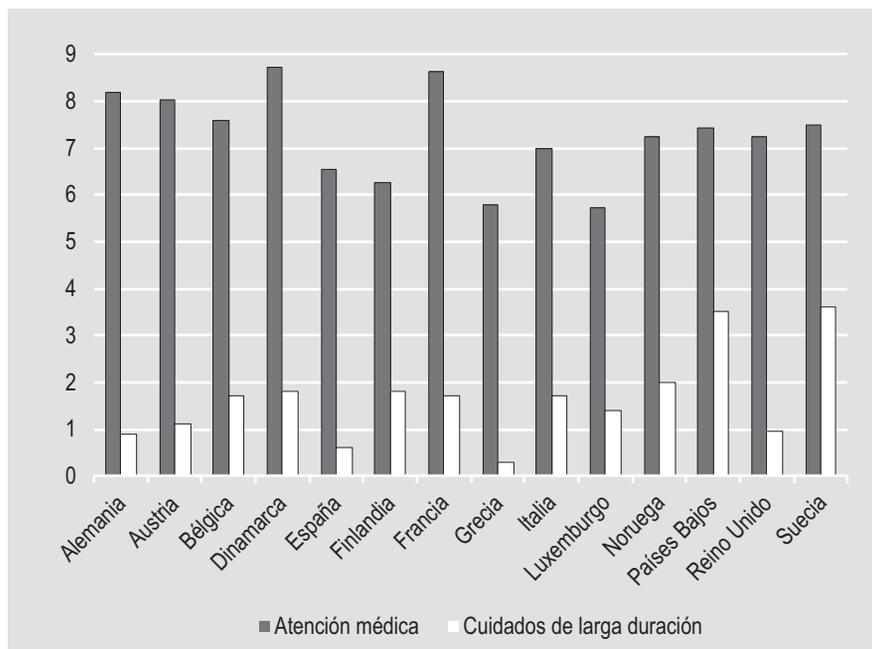
Además de las cuestiones de asequibilidad, el acceso efectivo a la atención médica y los cuidados de larga duración depende de la disponibilidad de estos servicios gracias a un número suficiente de médicos y cuidadores profesionales o a la existencia de infraestructuras, en particular en las zonas rurales. En el ámbito de los cuidados de larga duración, existe una importante carencia de profesionales. Según las estimaciones, el número de trabajadores que dispensan cuidados de larga duración formales es significativamente inferior al de los trabajadores informales y la proporción de asistentes a domicilio nacidos en el extranjero supera la de los trabajadores locales en la mayoría de los países de Europa (Fujisawa y Colombo, 2009). Por ello, a menudo, quienes necesitan asistencia deben recurrir a cuidadores informales, como familiares o trabajadores extranjeros, capacitados o no, que ejercen tanto legal como ilegalmente. Por consiguiente, los cuidados informales desempeñan un papel crucial al colmar la indisponibilidad de los servicios y pueden elevar de modo considerable los gastos personales.

### **El gasto público en atención médica y cuidados de larga duración**

En los quince Estados miembros iniciales de la Unión Europea (UE-15)<sup>4</sup>, la provisión de cuidados médicos es el segundo gasto público más importante para los regímenes de pensión (Rodríguez y Schmidt, 2010, y Huber y otros, 2009) y se representa, aproximadamente, entre el 5,5 y el 8,5 por ciento del producto interno bruto (PIB).

Se asignan recursos públicos muy inferiores a los cuidados de larga duración: entre el 0,5 por ciento del PIB en España y Grecia, y alrededor del 3,5 por ciento en los Países Bajos y Suecia. Por lo general, los países asignan entre el 1 y el 1,5 por ciento del PIB a los cuidados de larga duración (gráfico 2). Este porcentaje muy bajo revela tal vez las brechas en la protección financiera. En otras palabras, el grado de las prestaciones para cuidados de larga duración es insuficiente para cubrir el costo de los servicios. Esto significa que los particulares deben sufragar parte de este costo.

4. Los Estados miembros de la UE-15 son: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia.

**Gráfico 2.** Gasto público en atención médica y cuidados de larga duración (en porcentaje del PIB) en una selección de países, en 2008

Fuente: OCDE (2011b); base de datos de la OCDE sobre la salud 2010 (los datos de Grecia corresponden a 2007). Los datos sobre el gasto público en atención médica de los Países Bajos en 2008 proceden de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial <<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>>. Los datos sobre los cuidados de larga duración en Italia provienen de Huber y otros (2009).

En muchos países el uso de los fondos públicos para cuidados de larga duración guarda una estrecha relación con los cuidados prestados por profesionales capacitados, en particular, en un entorno de atención institucional (Rodrigues y Schmidt, 2010). Por ello, las diferencias en los gastos de los cuidados de larga duración de los diversos países pueden reflejar las diferencias de salarios, que resultan de las preferencias nacionales en materia de utilización de cuidados formales e informales.

### **La carga de los gastos personales en atención médica y cuidados de larga duración para las personas mayores**

¿Cuál es la carga de los gastos personales en atención médica y cuidados de larga duración para las personas mayores? En el marco de nuestro análisis, evaluamos la carga desde los ángulos siguientes:

- la utilización de los servicios de atención médica y cuidados de larga duración por parte de las personas mayores;
- la incidencia de los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración, y
- la incidencia sobre los ingresos de las personas mayores.

Además, intentamos determinar las características socioeconómicas comunes de los grupos más vulnerables.

La base de datos SHARE sobre la población mayor en 2004, que fue publicada a finales de 2009, nos permite evaluar la carga financiera que soportan las personas de edad avanzada en once países europeos: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Suecia y Suiza.

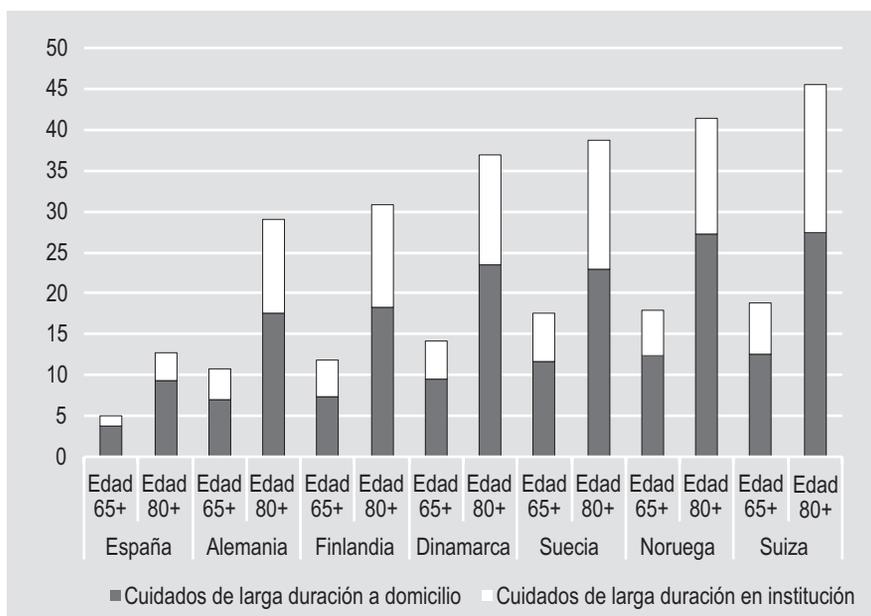
### *Utilización de los servicios de atención médica y cuidados de larga duración por parte de las personas mayores*

Las tasas de utilización de los servicios de atención médica y cuidados de larga duración son indicadores importantes para comprender la carga financiera que soportan las personas mayores. Cuanto mayor es la frecuencia de utilización de los servicios, mayor es la incidencia financiera de los gastos directos, en especial si el proyecto del sistema de protección social consta de brechas de protección financiera. Además, pueden plantearse problemas de equidad si las tasas de utilización de los distintos grupos de ingresos arrojan diferencias significativas, pese a las mismas necesidades.

El análisis de los datos revela lo siguiente:

- Entre el 80 y el 90 por ciento de las personas mayores de los países europeos utilizan servicios ambulatorios de atención médica. El número de personas mayores de 50 años que indicaron haber consultado a un médico el año anterior va desde alrededor del 80 por ciento en Dinamarca a más del 90 por ciento en Francia y Bélgica (Scheil-Adlung y Bonan, 2012).
- Un porcentaje significativo de personas mayores recurre a los servicios de hospitalización. La proporción de personas mayores hospitalizadas al menos una noche varía del 9 por ciento en Grecia y Países Bajos al 20 por ciento en Austria.
- La utilización de los servicios de atención médica, por lo general, es similar en los distintos grupos de ingresos de los países de Europa (Van Doorslaer y otros, 2000, y Van Doorslaer y Masseria, 2004).
- La utilización de cuidados de larga duración varía en gran medida de un país a otro. Para la población mayor de 65 años de edad las tasas de utilización se sitúan entre alrededor del 5 por ciento en España a cerca del 20 por ciento en Suiza. Para la población mayor de 80 años las tasas de utilización en estos dos países son, respectivamente, del 13 y 45 por ciento (gráfico 3). Las importantes variaciones de un país a otro pueden resultar de factores tales como las diferencias en el tamaño de

**Gráfico 3.** Los usuarios de cuidados de larga duración en proporción de las cohortes de referencia (65+ y 80+) en una selección de países, últimos datos disponibles (2007-2009)



Fuente: Cálculos de los autores basados en los datos sobre la salud de la OCDE 2010.

las familias y las tasas de empleo de las mujeres (que pueden influir en los cuidados familiares), el alcance de los mercados laborales informales en el sector de la asistencia y la asequibilidad y disponibilidad de los servicios formales. En todos los países una gran proporción de la población mayor de 80 años, entre el 13 y el 45 por ciento, utiliza cuidados de larga duración. La tasa de utilización de la población mayor de 65 años varía del 5 a casi el 20 por ciento.

- Todos los grupos de edad utilizan, principalmente, cuidados a domicilio, mientras que el gasto público se asigna en su mayor parte a los cuidados en instituciones (Rodríguez y Schmidt, 2010; OCDE, 2011a, 2011b). Las prioridades de financiación (los cuidados en instituciones) respaldadas por las políticas públicas no se adaptan lo suficiente a las preferencias de la población mayor, lo cual aumenta los gastos personales.

La necesidad de cuidados de larga duración se determina de modo oficial en función de la capacidad de la persona de llevar a cabo por cuenta propia las actividades cotidianas. Sin embargo, las tasas de utilización pueden reflejar factores adicionales, tales como:

- Los ingresos, cruciales para sufragar por cuenta propia los costos no cubiertos por los sistemas de protección social.
- La escasa disponibilidad de los servicios a causa de una insuficiencia de mano de obra.
- La rigidez de los criterios de elegibilidad.
- El alcance limitado de las prestaciones en especie y en efectivo que restringe el acceso a los servicios.
- La protección financiera insuficiente que impone una participación en los pagos.

Si bien estos factores afectan la utilización de la atención médica, inciden más en los cuidados de larga duración debido a las limitaciones de las prestaciones en especie y en efectivo para cuidados de larga duración y a la escasez de profesionales en el ámbito de los cuidados en la mayoría de los países, incluso en aquéllos con un gran número de trabajadores domésticos extranjeros en situación irregular.

En algunos de los países analizados (Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Países Bajos y Suecia), el número de personas limitadas en el desempeño de las actividades cotidianas es mayor en el quintil de ingresos más bajos que en el quintil de ingresos más altos (Scheil-Adlung y Bonan, 2012). Esta diferencia se refleja en la mayor tasa de utilización de los cuidados de larga duración por parte de las personas mayores del quintil de ingresos más bajos (gráfico 4)<sup>5</sup>.

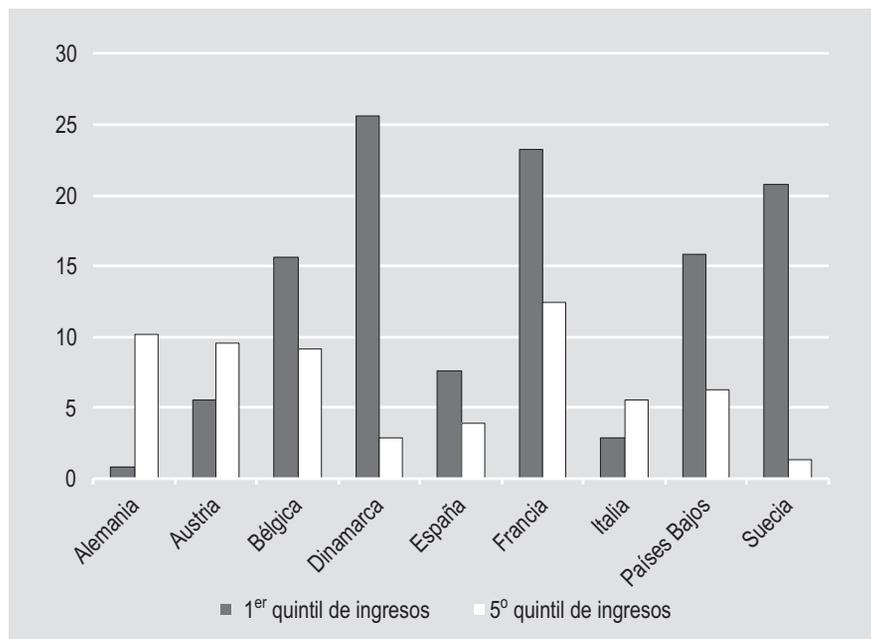
Sin embargo, en algunos países (Alemania, Austria e Italia) los ancianos de los grupos de ingresos más elevados utilizan más cuidados de larga duración que los de los grupos de menores ingresos. Estas tasas de utilización desiguales se pueden explicar por los estrictos criterios de elegibilidad y por las distintas maneras de evaluar la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. Esto puede privar a los pobres de acceso a los cuidados necesarios y resultar en una no utilización de los servicios debido a la insuficiente protección financiera de los grupos de menores ingresos, así como a la escasa disponibilidad de los servicios a domicilio para los pobres.

### *Incidencia y repercusiones de los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración sobre los ingresos de las personas mayores*

¿Cómo inciden los gastos directos en la población mayor? ¿Qué proporción de la población realiza pagos directos? ¿En qué medida los gastos directos repercuten en

5. Los ingresos del hogar se definen como los ingresos brutos totales anuales del hogar, es decir la suma de los ingresos personales procedentes del empleo, de las pensiones (de todo tipo), del seguro de cuidados de larga duración y de la percepción de intereses (por todo tipo de inversión) de todos los miembros del hogar. Los ingresos no incluyen remesas privadas (por ejemplo de familiares), ahorros o activos. Todos los montos nominales se convierten en euros.

**Gráfico 4.** Población de más de 50 años que utiliza cuidados de larga duración por quintil de ingresos del hogar (en porcentaje) en una selección de países, en 2004



Fuente: Cálculos de los autores basados en SHARE (2004). Los promedios se ponderan teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel individual. El primer quintil de ingresos corresponde al 20 por ciento de la población de menores ingresos y el quinto al 20 por ciento de ingresos más elevados.

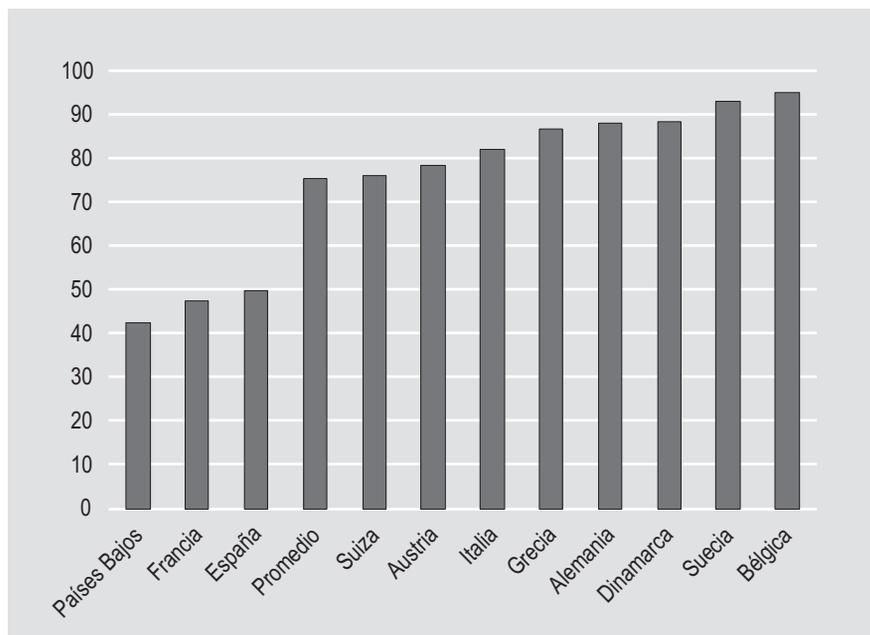
los ingresos de los hogares? En este contexto, los principales aspectos que deben considerarse tienen que ver con la frecuencia y la cuantía de los gastos directos<sup>6</sup>.

A continuación se presentan los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración de los hogares con personas mayores en proporción de los ingresos brutos totales, en una selección de países. A partir de allí podemos comparar la efectividad de los sistemas de protección social en materia de protección financiera y equidad, independientemente del costo de los servicios y de las diferencias del costo de vida.

Los datos revelan que en los países examinados entre el 75 y el 95 por ciento de los hogares con al menos un miembro mayor de 50 años incurre en gastos directos de atención médica. Se observa una proporción inferior al 50 por ciento sólo en España, Francia y Países Bajos (gráfico 5).

6. Definimos los gastos directos en atención médica como la suma de los costos de los cuidados ambulatorios, de los servicios hospitalarios y de los medicamentos prescritos abonados directamente por los interesados y no cubiertos por los sistemas de protección de salud. Los gastos directos en cuidados de larga duración se componen de la adición de los gastos en residencias de asistencia, atención diurna y cuidados a domicilio no cubiertos por los sistemas de protección social.

**Gráfico 5.** Porcentaje de hogares con personas mayores que incurren en gastos directos de atención médica en una selección de países, en 2004



*Fuente:* Cálculos de los autores basados en SHARE (2004). Los gastos en atención médica incluyen los medicamentos recetados, los cuidados hospitalarios y la atención ambulatoria. Se trata de una muestra de hogares con al menos un miembro mayor de 50 años y gastos directos en atención médica.

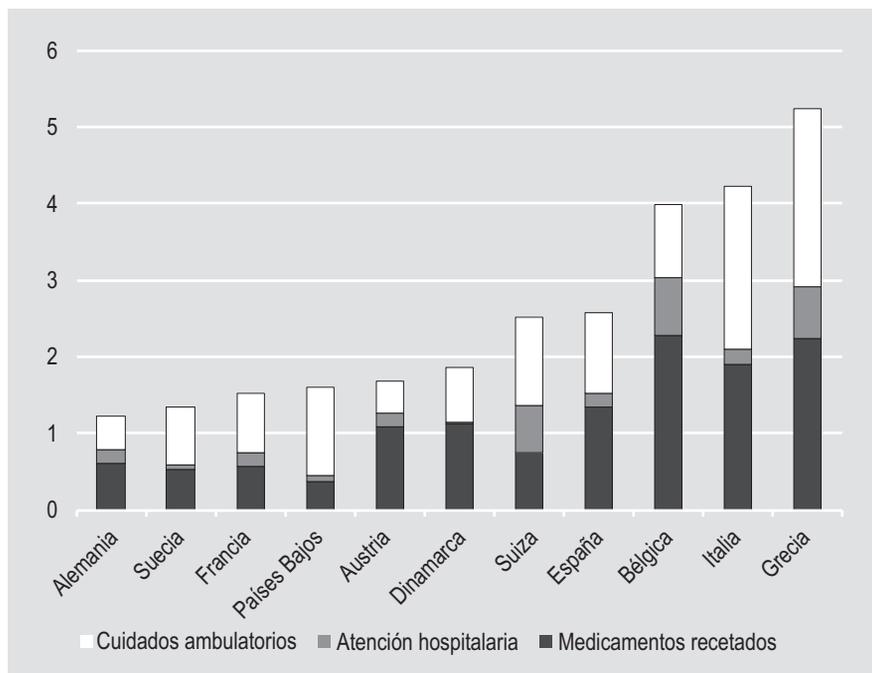
Los gastos directos en atención médica reducen del 1 al 5 por ciento los ingresos de los hogares y representan en promedio el 2,5 por ciento de los ingresos de las personas mayores. Estos gastos son relativamente bajos en Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Países Bajos y Suecia, donde son inferiores al 2 por ciento, pero superan el 5 por ciento en Grecia (gráfico 6). En promedio, los medicamentos prescritos y los cuidados ambulatorios representan, respectivamente, el 46 y el 44 por ciento de estos desembolsos directos y son los gastos con mayor incidencia en los ingresos de los hogares<sup>7</sup>.

La proporción de la población de edad avanzada que abona directamente cuidados de larga duración es inferior a la que incurre en gastos directos de atención médica. En promedio, alrededor del 5 por ciento de los hogares con personas mayores pagan directamente cuidados de larga duración. No obstante, las tasas van del 1,6 por ciento en Italia a casi el 12 por ciento en Bélgica (gráfico 7).

Sin embargo, la incidencia de los cuidados de larga duración en el presupuesto de los hogares es mucho más importante que la de los gastos directos en atención

7. La muestra no incluye hogares en bancarrota como consecuencia de los gastos directos (definidos como los gastos directos superiores al 100 por ciento de los ingresos). Por lo tanto, los promedios podrían ser superiores. En la próxima sección analizamos este segmento de la población.

**Gráfico 6.** Los gastos de salud directos como porcentaje de los ingresos brutos de los hogares con personas mayores en una selección de países, en 2004



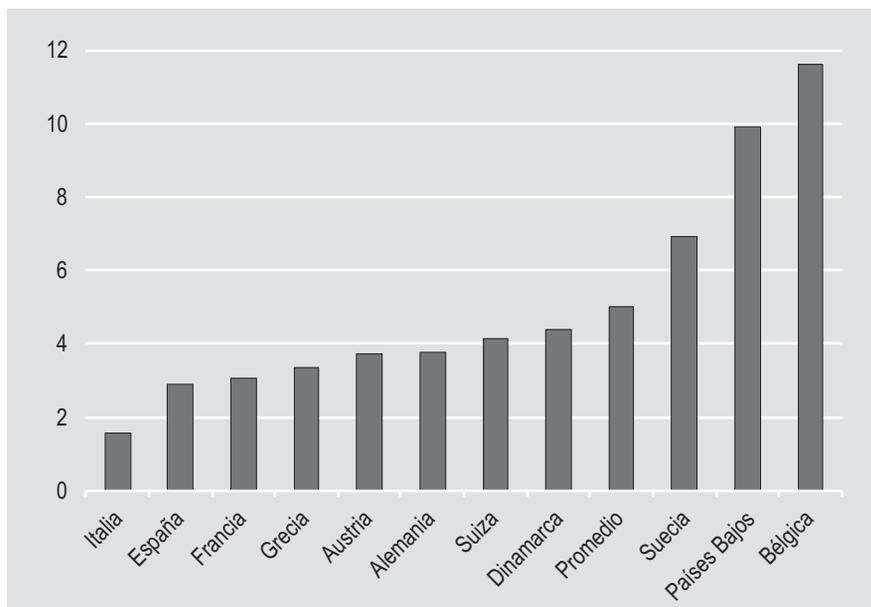
Fuente: Cálculos de los autores basados en SHARE (2004). Los gastos en atención médica incluyen los medicamentos recetados, la atención hospitalaria y los cuidados ambulatorios. Se trata de una muestra de hogares con al menos un miembro mayor de 50 años y gastos directos en atención médica. La muestra no incluye los hogares que declararon cero ingresos y gastos médicos directos ni los hogares donde los gastos directos superan el 100 por ciento de los ingresos. Los promedios se ponderaron teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel del hogar.

médica. En promedio, los hogares con personas mayores asignan casi el 10 por ciento de sus ingresos a los gastos directos en cuidados de larga duración. Un nivel de gastos superior al 10 por ciento de los ingresos (Dinamarca, Grecia, Italia y Suecia) puede considerarse elevado, mientras que la cifra de España, de alrededor del 25 por ciento es inaceptable (gráfico 8). A los gastos directos en atención médica, que en promedio representan el 2,5 por ciento de la renta disponible, se suman los gastos directos en cuidados de larga duración para los ancianos que utilizan ambos servicios.

### ¿Con qué frecuencia los gastos directos provocan la bancarrota?

Cuando la incidencia o la cuantía de los gastos directos superan cierto límite, la carga de los gastos se torna insostenible para el individuo o el hogar y provoca problemas financieros. La ruina financiera resultante de estos gastos catastróficos

**Gráfico 7.** Porcentaje de hogares con personas mayores que incurren en gastos directos en cuidados de larga duración en una selección de países, en 2004

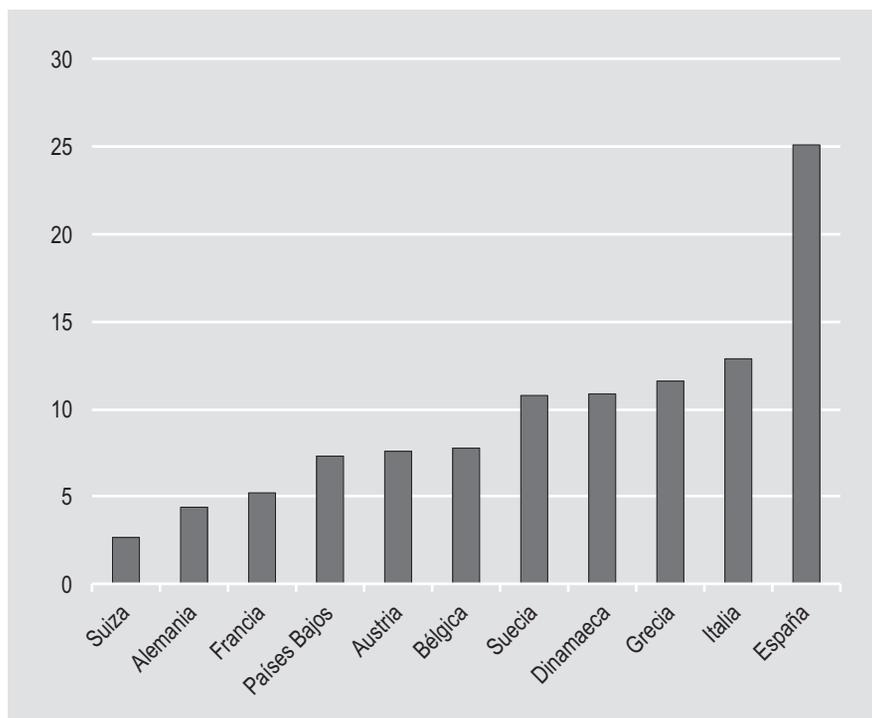


*Fuente:* Cálculos de los autores basados en SHARE (2004). Los gastos en atención médica incluyen los medicamentos recetados, la atención hospitalaria y los cuidados ambulatorios. Se trata de una muestra de hogares con al menos un miembro mayor de 50 años y gastos directos en atención médica. Los promedios se ponderaron teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel del hogar.

se produce cuando el monto de los pagos directos de atención médica o cuidados de larga duración excede el 100 por ciento de los ingresos del hogar. Los motivos pueden ser la percepción de ingresos muy bajos y el pago directo de montos muy elevados de atención médica o cuidados de larga duración. El hecho de que los gastos directos puedan llevar a la bancarrota revela la existencia de importantes carencias en la protección social de la salud y en los cuidados de larga duración, en particular, en lo relativo a la protección financiera. Una mejor protección financiera suprimiría los actuales niveles de gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración.

En una proporción significativa de la población de los países europeos analizados se observan pagos directos excesivamente elevados, pese a la existencia de sistemas de protección social y de la salud que cubren las necesidades de larga duración. En promedio, el 0,7 por ciento de los hogares europeos con personas mayores que utilizan servicios de atención médica y el 0,5 por ciento de los que utilizan cuidados de larga duración caen en la ruina financiera debido a gastos directos excesivos (gráfico 9). Estas cifras son significativas y alarmantes.

**Gráfico 8.** Gastos directos en cuidados de larga duración de los hogares con ancianos en porcentaje de sus ingresos brutos en una selección de países, en 2004



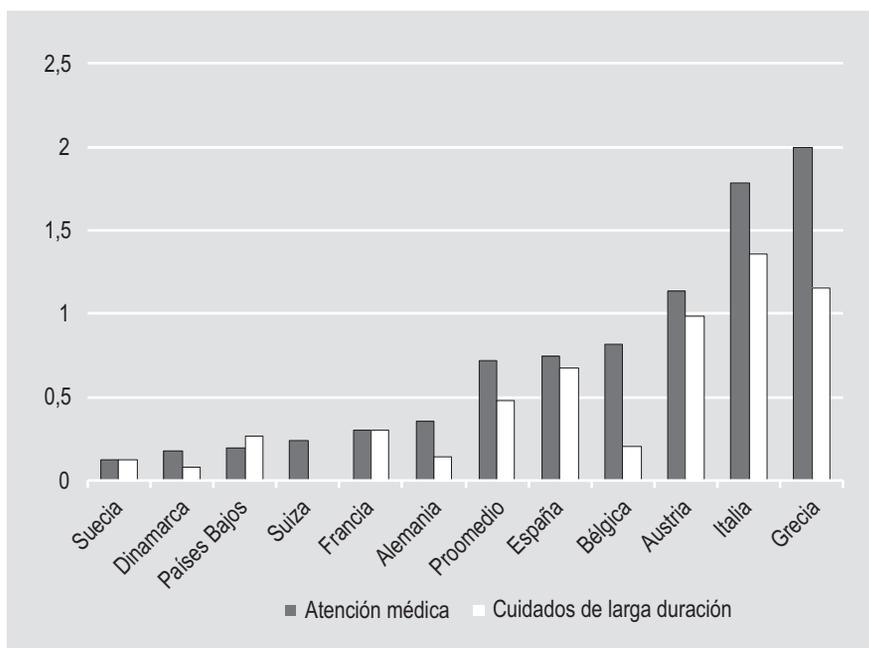
Fuente: Cálculos de los autores basados en SHARE (2004). Se trata de una muestra de hogares con al menos un miembro mayor de 50 años y gastos directos en cuidados de larga duración. La muestra no incluye los hogares que declararon cero ingresos y gastos directos en cuidados de larga duración ni los hogares donde los gastos directos superan el 100 por ciento de los ingresos. Los promedios se ponderaron teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel del hogar.

A escala nacional, 220.000 hogares griegos con personas mayores se sumen en la bancarrota como consecuencia de los pagos directos de atención médica y 170.000 como resultado de los desembolsos directos en cuidados de larga duración. En Italia las cifras son, respectivamente, de 50.000 y 29.000.

En todos los países de la muestra son más los hogares sobrecargados por los gastos de atención médica que por los cuidados de larga duración. Sin embargo, los hogares con personas mayores que caen en la bancarrota debido a gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración no se reparten uniformemente en toda Europa; su número es mayor en Grecia e Italia e inferior en Dinamarca y Suecia.

Los gastos directos ruinosos en atención médica afectan al 2 por ciento de los hogares con personas mayores en Grecia, al 1,8 por ciento en Italia y poco más

**Gráfico 9.** Porcentaje de hogares con personas mayores que abonan más del 100 por ciento de sus ingresos brutos anuales en atención médica y cuidados de larga duración, en una selección de países, en 2004



*Nota:* Se trata de una muestra de hogares con al menos un miembro mayor de 50 años. La muestra incluye hogares que declararon cero ingresos y gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración. Los promedios se ponderaron teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel del hogar. Los gastos en atención médica incluyen los medicamentos recetados, la atención hospitalaria y los cuidados ambulatorios. *Fuente:* Cálculos de los autores basados en SHARE (2004).

del 1 por ciento en Austria. Este porcentaje es de entre el 0,1 y el 0,4 en Alemania, Dinamarca, Francia, Países Bajos, Suecia y Suiza.

Los gastos directos ruinosos en cuidados de larga duración afectan a entre el 1,0 y el 1,4 por ciento de los hogares con personas mayores en Austria, Grecia e Italia. Este porcentaje es de entre el 0,1 y el 0,3 en Alemania, Dinamarca, Francia, Países Bajos y Suecia.

Se puede considerar que las falencias en la cobertura prestada a la población por los sistemas de protección social de la salud y de cuidados de larga duración dan origen a la situación actual en todos los países. De esta manera, la repartición desigual de los gastos directos en los distintos países resulta de las diferencias de generosidad de los sistemas de protección social de la salud y de cuidados de larga duración, en particular, en lo relativo a la protección financiera de los ancianos vulnerables. Además, la insuficiencia de los paquetes de prestaciones de atención médica y cuidados de larga duración exige el desembolso de gastos personales adicionales.

## ¿Quiénes son los más vulnerables?

¿Cuáles son las características socioeconómicas de quienes corren más riesgos de empobrecimiento y bancarrota como consecuencia de los gastos directos? Los factores determinantes de la alta relevancia incluyen los ingresos y el género. La dimensión del género es de particular pertinencia puesto que la población mayor se compone del doble de mujeres que de varones. Además, las mujeres tienen más probabilidades de ser pobres (Scheil-Adlung y Kuhl, 2011).

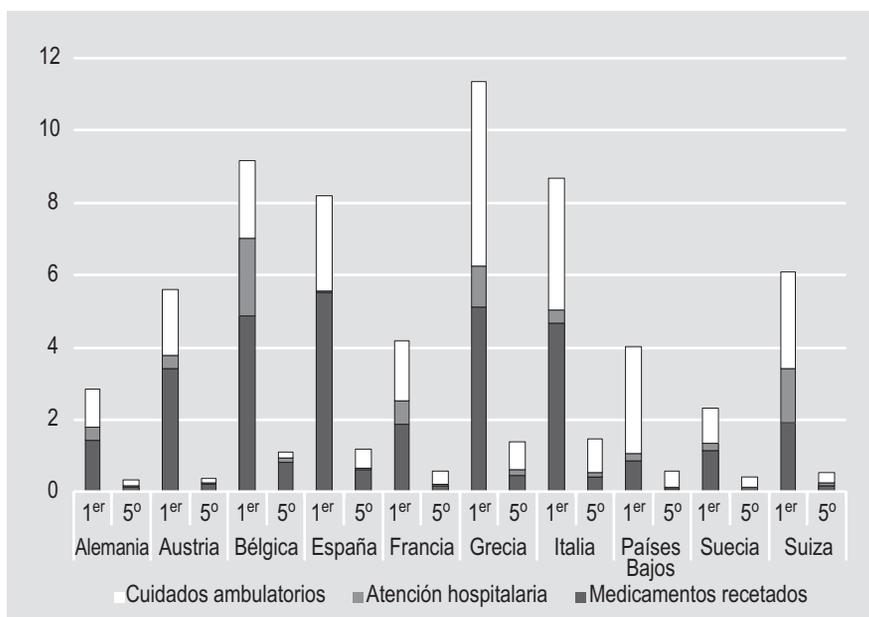
¿Cuántos hogares con personas mayores se ven afectados por los gastos directos en los quintiles de mayores y menores ingresos? En estos hogares, ¿qué porcentaje de la renta familiar se asigna a los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración?

En la mayoría de los países europeos de nuestra muestra, los gastos directos en atención médica representan una proporción más elevada de los ingresos del hogar en el quintil de menores ingresos que en el de mayores ingresos. Pese a que los gastos directos en atención médica son inferiores al 1 por ciento en todos los países para el quintil de ingresos más elevados, los hogares del quintil de menores ingresos abonan el 11 por ciento en Grecia, alrededor del 9 por ciento en Bélgica e Italia, el 8 por ciento en España y del 2 al 3 por ciento en Alemania y Suecia (gráfico 10). Estas cifras nos permiten concluir que la edad, el género y los ingresos son los principales factores que determinan la desigualdad de acceso a los servicios.

Para los hogares de altos ingresos con personas mayores, los gastos directos en atención médica son una preocupación más común que los cuidados de larga duración. Por el contrario, para los hogares de bajos ingresos con personas mayores, los gastos directos en cuidados de larga duración son una preocupación más común (Scheil-Adlung y Bonan, 2012). Además, los gastos directos en cuidados de larga duración como proporción de los ingresos es superior para el quintil de menores ingresos que para el quintil de ingresos más elevados. Para el quintil de ingresos más bajos, representa más del 10 por ciento de los ingresos en los hogares con personas mayores de España, Grecia, Italia, Países Bajos y Suecia. En contraste, la carga para el quintil de ingresos más elevados es inferior al 2 por ciento, salvo en Alemania, España, Países Bajos y Suecia (gráfico 11).

En la muestra de países europeos las mujeres mayores que deben desembolsar gastos directos en cuidados de larga duración son más numerosas que los varones (Scheil-Adlung y Bonan, 2012). Además, en la mayoría de los países las mujeres mayores abonan gastos directos en cuidados de larga duración más elevados que los varones. En Francia las mujeres mayores deben desembolsar el 6 por ciento de los ingresos del hogar mientras que para los varones este gasto representa el 0,1 por ciento. En Grecia e Italia también se observan diferencias significativas en los gastos directos abonados por los varones y las mujeres. En general, la proporción

**Gráfico 10.** Los gastos directos en distintos productos de salud en porcentaje de los ingresos de los hogares con personas mayores, por quintil de ingresos (ingresos inferiores primero; ingresos superiores en quinto lugar), en una selección de países, en 2004



*Nota:* Se trata de una muestra de hogares con al menos un miembro mayor de 50 años y gastos directos en atención médica. La muestra no incluye los hogares que declararon cero ingresos y gastos directos en atención médica y los hogares con gastos directos superiores al 100 por ciento de los ingresos. Los promedios se ponderaron teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel del hogar.

*Fuente:* Cálculos de los autores basados en SHARE (2004).

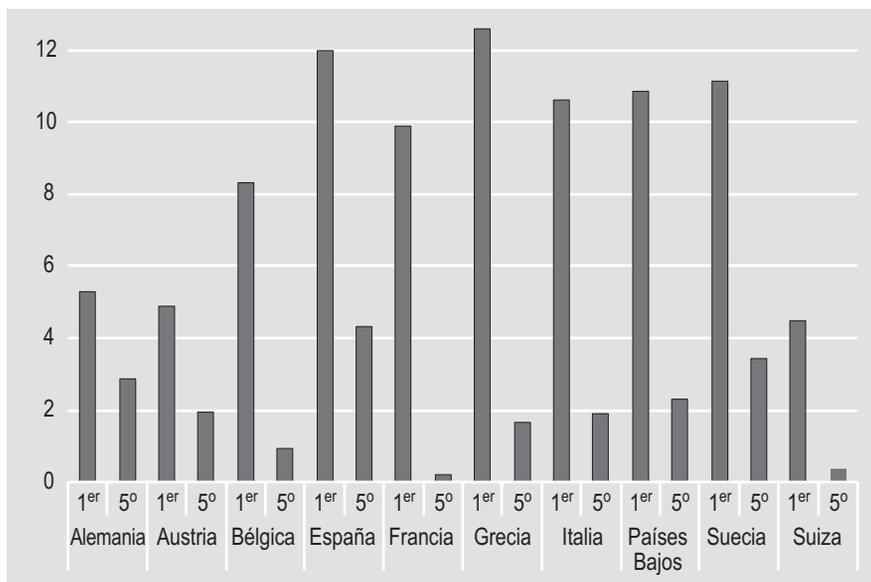
de los gastos directos abonados por las mujeres mayores se sitúa entre el 2 por ciento de los ingresos del hogar en Suiza y casi el 13 por ciento en España (gráfico 12).

Por otro lado, hay más de dos mujeres mayores que viven solas e incurrir en gastos directos de cuidados de larga duración por cada varón en la misma situación (Scheil-Adlung y Bonan, 2012). Por ello, a pesar de la importancia de los cuidados informales prestados por los familiares en la mayoría de los países (Comisión Europea, 2009), las mujeres no pueden depender de esta forma de asistencia y son más vulnerables frente a los gastos directos elevados.

### Resumen del análisis comparativo

Las características demográficas y epidemiológicas de la población y sus necesidades de atención médica y cuidados de larga duración son relativamente comparables

**Gráfico 11.** Los gastos directos en cuidados de larga duración como porcentaje de los ingresos de los hogares con personas mayores, por quintil de ingresos (los ingresos más bajos en primer lugar, los más altos en quinto), en una selección de países, 2004



*Nota:* Se trata de una muestra de hogares con al menos un miembro mayor de 50 años y gastos directos en cuidados de larga duración. La muestra no incluye los hogares que declararon cero ingresos y gastos directos en cuidados de larga duración y los hogares con gastos directos superiores al 100 por ciento de los ingresos. Los promedios se ponderaron teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel del hogar.

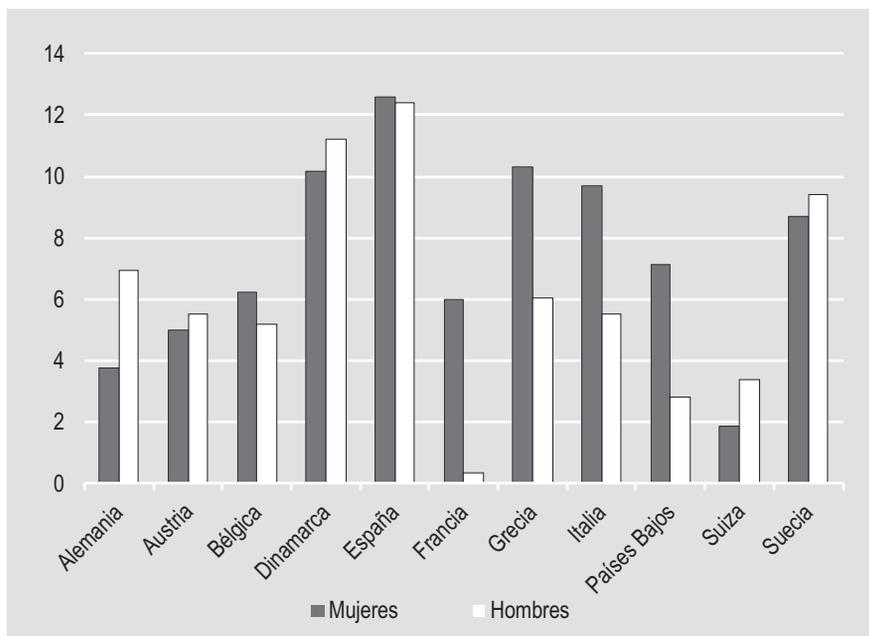
*Fuente:* Cálculos de los autores basados en SHARE (2004).

en los países estudiados. Sin embargo, existen diferencias significativas en la incidencia y las consecuencias de los gastos directos y en la repartición equitativa de la carga financiera entre la población mayor de un país a otro y dentro de un mismo país.

### *Incidencia de los gastos directos y tasas de utilización*

En los países examinados, el gasto público en cuidados de larga duración es sumamente bajo (en comparación con la atención médica) y los servicios de cuidado se entregan principalmente en instituciones, aunque la mayoría de los ancianos prefiere los cuidados a domicilio. Los cuidados en instituciones son más caros que a domicilio (Scheil-Adlung y Bonan, 2012). En todos los países examinados es común que los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración afecten a los hogares con personas mayores. Los mecanismos de financiación de la atención

**Gráfico 12.** Los gastos directos en cuidados de larga duración en porcentaje de los ingresos de los hogares con personas mayores, por género, en una selección de países, en 2004



*Nota:* Se trata de una muestra de hogares con gastos directos en cuidados de larga duración. La muestra no incluye los hogares que declararon cero ingresos y gastos directos en atención médica y los hogares con gastos directos superiores al 100 por ciento de los ingresos. Los promedios se ponderaron teniendo en cuenta cada ausencia de respuesta a nivel del hogar.

*Fuente:* Cálculos de los autores basados en SHARE (2004).

médica y los cuidados de larga duración (a través de los impuestos o de cotizaciones) no explican las diferencias entre países.

### *Repercusiones*

En los países europeos las personas mayores suelen percibir bajos ingresos y deben asumir gastos directos en atención médica que van del 1 al 5 por ciento de sus ingresos, principalmente para medicamentos y cuidados ambulatorios. A su vez, los pagos directos de cuidados de larga duración ascienden a un mínimo de alrededor del 5 por ciento de los ingresos de los hogares con personas mayores. Por lo tanto, los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración reducen en un porcentaje considerable los ingresos netos de los hogares con personas mayores en todos los países analizados. Además, en muchos casos los ancianos que

incurren en gastos directos de atención médica también cargan con gastos directos en cuidados de larga duración.

La ruina financiera debida a gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración superiores al 100 por ciento de los ingresos se produce en todos los países y afecta hasta el 2 por ciento de la población mayor.

En todos los países, las mujeres (en particular las mayores de 80 años de edad que viven solas) corren más riesgos de incurrir en gastos directos de cuidados de larga duración.

### *Equidad en la repartición de la carga*

Los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración generan importantes desigualdades entre las personas mayores. La carencia de protección financiera es más importante en los hogares pobres que en los ricos:

- Si bien los hogares acaudalados con personas mayores tienen más probabilidades de incurrir en gastos directos de atención médica, el monto abonado no excede sustancialmente los ingresos de los hogares. Por el contrario, los hogares más pobres con personas mayores tienen menos probabilidades de incurrir en gastos directos de atención médica pero su incidencia en los ingresos del hogar es mayor.

- En los hogares con personas mayores, los gastos directos en cuidados de larga duración son más comunes que los gastos directos en atención médica. La incidencia sobre los ingresos es considerablemente superior en los hogares pobres que en los ricos.

### **Conclusiones y repercusiones en las políticas**

Las causas de las observaciones anteriores tienen que ver con las considerables brechas en los sistemas nacionales de protección de la salud y cuidados de larga duración. Si bien la protección social de la salud y los cuidados de larga duración son un derecho humano que se ha incorporado a la legislación, los sistemas conexos no se extienden de modo de cubrir adecuadamente a todas las personas mayores de los países europeos. Las brechas en los sistemas europeos de protección social de la salud y de cuidados de larga duración que cubren a los ancianos vulnerables, a menudo, provocan altos niveles de gastos directos para los más pobres, desigualdades de acceso a los servicios y, en el caso de los más vulnerables, la ruina financiera.

En este contexto, las intervenciones políticas destinadas a ofrecer a las personas mayores un acceso equitativo a servicios accesibles y abordables deben centrarse con urgencia en la reforma de los sistemas de protección social de la salud y de cuidados de larga duración. Los requisitos son los siguientes:

- Una financiación pública de los sistemas de protección social suficiente para reducir al mínimo los gastos directos.
- Una extensión de la cobertura y del acceso efectivo a los servicios mediante ajustes en la reglamentación y en su aplicación.
- Un aumento del volumen de la mano de obra que ofrece servicios médicos y cuidados de larga duración.
- La adaptación de los servicios sociales y de atención médica a las necesidades de la población cubierta.
- Un mejor seguimiento de la incidencia financiera, por ejemplo, mediante la inclusión de una sensibilidad a la dimensión del género.

Más específicamente, las consideraciones políticas deben centrarse en cuatro áreas principales.

*Lograr que los servicios sean abordables colmando las carencias de protección financiera y reduciendo al mínimo los gastos directos*

Los gastos directos en atención médica y cuidados de larga duración son una práctica de financiación generalizada en toda Europa que debe limitarse al mínimo para alcanzar un acceso universal y equitativo a los servicios. Para ello tal vez sea necesario extender la protección financiera en el contexto de los sistemas de protección social destinados a reducir los gastos directos de modo aceptable, por medio de un aumento de los paquetes de prestaciones médicas y cuidados de larga duración y de una flexibilización de los criterios de elegibilidad y de evaluación de las actividades cotidianas. En particular, es importante proteger a los que deben afrontar gastos catastróficos y la bancarrota.

*Puesta a disposición de los servicios*

Se debe resolver el problema de disponibilidad de los cuidados, tanto oficiales como informales. Para ello será necesario proveer fondos suficientes para la atención médica y los cuidados de larga duración de las personas mayores. Es preciso buscar soluciones a la actual escasez de profesionales en el sector sanitario y de los cuidados, escasez que exacerba la carga que soportan las personas mayores y sus familiares. Las políticas adoptadas a tal efecto deben tener en cuenta las diferencias regionales, en particular, entre zonas rurales y urbanas, así como las necesidades crecientes que emanan de los cambios demográficos. Una opción útil consiste en establecer una relación entre los recursos financieros y humanos disponibles para la atención médica y los cuidados de larga duración, por un lado, y la proporción de personas mayores en la población total, por otro. Además, se puede adoptar una interfaz estrecha entre los servicios de salud y los servicios sociales para colmar las carencias y mejorar la calidad de los servicios.

### *Mejora de la equidad en la financiación y el acceso a los servicios*

El requisito de gastos directos inhibe considerablemente el acceso a la atención médica y los cuidados de larga duración y provoca una regresión de los ingresos. Un gasto de esta índole es una carga pesada para los hogares más pobres y en especial para las mujeres y los más ancianos. Para evitar estos efectos se puede vincular las participaciones en los pagos, las facturas por cuenta del usuario y otras formas de pago directo utilizadas en los sistemas de protección social, si se pretende conservarlas como mecanismo de financiación, con los ingresos e imponer límites máximos para estos pagos (por ejemplo, limitar los costos de los más vulnerables, es decir, las mujeres mayores de 80 años), en particular, para los cuidados de larga duración.

### *Mejora del contexto socioeconómico*

Los factores que intervienen en los problemas de asequibilidad de los servicios deben considerarse de manera global. En particular, se debe abordar la vulnerabilidad resultante del nivel de ingresos de los hogares. Se puede facilitar el acceso mediante un aumento del grado de cuidados básicos y garantizando el acceso a servicios sociales esenciales prestados como parte de pisos de protección social nacionales más amplios. Este enfoque debe buscar una mejora del desempeño general del sistema de protección social en lo relativo a la equidad y a la eficiencia en el logro de los objetivos. Para ello es preciso tener en cuenta, en particular, los programas de complementos de ingresos y de pensión de vejez para proteger mejor a los más vulnerables. Las posibilidades son: la introducción de un ingreso mínimo garantizado que ayudaría a proteger de la ruina financiera, y un acceso a los servicios de salud y sociales necesarios.

### **Bibliografía**

---

- Bloom, D. E.; McKinnon, R.** 2010. «La seguridad social y el desafío del cambio demográfico», en *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 63, núm. 3/4.
- Bredenkamp, C.; Mendola, M.; Gragnolati, M.** 2011. «Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: New evidence from the Western Balkans», en *Health Policy and Planning*, vol. 26, núm. 4.
- Comisión Europea.** 2009. *The 2009 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. Bruselas, Comisión Europea – Asuntos Económicos y Sociales.
- Doorslaer, E. van y otros.** 2000. «Equity in the delivery of health care in Europe and the US», en *Journal of Health Economics*, vol. 19, núm. 5.

- Doorslaer, E. van y otros.** 2007. «Catastrophic payments for health care in Asia», en *Health Economics*, vol. 16, núm. 11.
- Doorslaer, E. van; Masseria, C.** 2004. *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries* (OECD Health working paper, núm. 14). París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Fujisawa, R.; Colombo, F.** 2009. *The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand* (OECD Health working paper, núm. 44). París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Huber, M. y otros.** 2009. *Facts and figures on long-term care: Europe and North America*. Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Klevmarken, N. A.; Swensson, B.; Hesselius, P.** 2005. «The SHARE sampling procedures and calibrated design weights», en A. Börsch-Supan y H. Jürges (comps.), *The survey of health, ageing and retirement in Europe: Methodology*. Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Disponible en <[http://venus.unive.it/share/fileadmin/pubbl/SHARE\\_FRB1\\_METHODODOLOGY\\_Wave1.pdf](http://venus.unive.it/share/fileadmin/pubbl/SHARE_FRB1_METHODODOLOGY_Wave1.pdf)> (consultado el 13.04.2012).
- OCDE.** 2011a. *Health care at a glance 2011: OECD indicators*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. También disponible en francés.
- OCDE.** 2011b. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. También disponible en francés.
- OIT.** 2008. *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care* (Social security policy briefings, núm. 1). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo – Departamento de Seguridad Social.
- Rodrigues, R.; Schmidt, A.** 2010. *Paying for long-term care* (European Centre policy brief). Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Scheil-Adlung, X.; Bonan, J.** 2012. *Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications* (ESS Working paper, núm. 31). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo – Departamento de Seguridad Social.
- Scheil-Adlung, X.; Bonnet, F.** 2011. «Más allá de la cobertura jurídica: evaluación del rendimiento de la protección social de la salud», en *Revista Internacional de Seguridad Social*, vol. 64, núm. 3.
- Scheil-Adlung, X.; Kuhl, C.** 2011. *Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of the European region* (Social security policy briefings, núm. 8). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo – Departamento de Seguridad Social.
- SHARE.** Distintos años. *SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Munich Center for the Economics of Aging, Múnich. <[www.share-project.org](http://www.share-project.org)> (consultado el 13.04.2012).
- SSA; AISS.** Varios años. *Social security programs throughout the world: Europe*. Washington, DC, Administración de la Seguridad Social.
- Xu, K. D. B. y otros.** 2007. «Protecting households from catastrophic health spending», en *Health Affairs*, vol. 26, núm. 4.